

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA ATENCION DE ENFERMERIA
DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE RELACIÓN
DE AYUDA DE ENFERMERIA PARA EL MANEJO
DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO BASADA EN LA TEORIA
PSICODINAMICA DE HILDERGARD PEPLAU

ESTELA M TAPIA T

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN ATENCIÓN DE
ENFERMERIA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO

PANAMÁ, REPUBLICA DE PANAMA

2010

Dedicatoria

A mis padres Delsa y Dario dedico este esfuerzo que representa el logro de una meta a nivel personal y profesional Por sus perseverancias amor entrega desinteresada y la espera diaria que representa apoyo confianza y cariño Por estar siempre presente en mi vida mil gracias queridos padres por creer siempre en su hija

Estela Maria

Agradecimiento

A usted profesora Vielka por ser la asesora que fue ante todo un modelo de persona que tiene y utiliza las competencias para enseñar y contagiar a su estudiante en el estudio de la Teoría Psicológica de Hildegard Peplau compartir sus experiencias para que desarrollara mis competencias y perfeccionarlas por el paciente

Muchas gracias por su dedicación, tiempo y paciencia

Estela María Tapia T

INDICE GENERAL

	<i>Página</i>
APROBACION	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE GENERAL	v
INDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN GENERAL	xii
RESUMEN	1
SUMMARY	1
CAPITULO PRIMERO	
INTRODUCCION	3
1 Antecedentes demográficos	3
(a) Area Problemática	4
(b) Definición del problema	8
(c) Formulación del problema	12

(d) Justificación del estudio	12
(e) Objetivos	15
(e 1) Objetivo general	15
(e 2) Objetivos específicos	15
(f) Hipótesis	16
(g) Definición de conceptos	17
(g 1) Definiciones conceptuales	17
(g 2) Definiciones operacionales	18

CAPITULO SEGUNDO

2 Enfermedad Coronaria	21
(a) Anatomía del Corazón	22
(b) El sistema de conducción	28
(c) Naturaleza de la enfermedad coronaria	29
(d) Síntomas tratamiento y pronóstico	34
(e) Implicaciones bio psicosociales de la enfermedad coronaria	37
(f) Experiencia, emoción y conducta en la enfermedad coronaria	41
(g) La ansiedad y el síndrome coronario agudo	46
(h) El paciente con ansiedad	53
(i) Características del paciente coronario	55
(j) La Teoría Interpersonal de Hildergard Peplau	61

CAPITULO TERCERO

3 Tipo de estudio	71
(a) Diseño	71
(b) Población y muestra	72
(c) Instrumentos	73
(d) Procedimiento para la recolección de datos	77
d 1 Validez y confiabilidad de Instrumentos	77
d 2 Recolección de datos	79
(e) Análisis de datos	82

CAPITULO CUARTO

4 Presentacion y análisis de los resultados	85
--	-----------

CONCLUSIONES	118
---------------------	------------

RECOMENDACIONES	123
------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA	126
---------------------	------------

ANEXOS	131
---------------	------------

Numero	INDICE DE FIGURAS	Página
1	Localizacion del corazón	23
2	Percardio membrana del corazon	24
3	Corazón sistema de dos bombas	26
4	Arterias coronarias del corazón	27
5	El sistema eléctrico del corazón	29
6	Obstruccion coronaria	31
7	Post infarto de miocardio	33
8	Patrón de conducta tipo A	43
9	Elementos psicologicos del patrón de conducta tipo A	44
10	Características del paciente coronario	56
11	Atención de enfermeria segun fases e la relacion de ayuda	65
12	Escala de ansiedad de Peplau	68
13	Diseño cuasi experimental del estudio	72

Numero	INDICE DE CUADROS	Página
1	Características demográficas de la muestra de pacientes por grupo control y experimental con diagnóstico de IAM Hospital Santo Tomás Abril junio 2009	85
2	Días de hospitalización de la muestra estudiada con diagnóstico de IAM posterior a su ingreso HST Abril jJunio 2009	89
3	Categorización del diagnostico de IAM presentado por los pacientes del grupo experimental hospitalizados en la Sala de Cardiología del HST Abril junio 2009	92
4	Medidas de tendencias central y estadígrafo correspondiente a los puntajes obtenidos al aplicar la Escala de Zung como pretest y pos test por grupo a pacientes con diagnostico de IAM HST Abril junio 2009	95
5	Estadística descriptiva de los resultados del Índice EAD por paciente entre el grupo experimental y grupo control luego de aplicada “Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung a pacientes con diagnostico de IAM HST Abril junio 2009	97
6	Distribucion de los porcentajes obtenidos de las respuestas de ansiedad, observadas en los pacientes con IAM de ambos grupos considerados en el estudio luego de la aplicación del pretest y pos test, HST Abril junio 2009	100
7	Categorización de las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo control durante la aplicación del pretest Hospital Santo Tomas Abril junio 2009	104

8	Categorización de las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo control durante la aplicación del postest Hospital Santo Tomás Abril junio 2009	106
9	Categorización de la respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental en la Fase 1 (aplicación del pretest) de implementación del Programa de Relación de ayuda, aplicado en el Hospital Santo Tomás Abril junio 2009	108
10	Categorización de las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental en la Fase 2 de implementación del Programa de Relación de Ayuda, aplicado en el Hospital Santo Tomas Abril junio 2009	110
11	Categorización de las respuestas de ansiedad, observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental en la Fase 3 de implementación del Programa de Relacion de Ayuda, aplicado en el Hospital Santo Tomás Abril Junio 2009	112
12	Categorización de las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental en la Fase 4 (aplicación del postest) de implementación del Programa de Relación de Ayuda, aplicado en el Hospital Santo Tomás Abril Junio 2009	115

Numero	INDICE DE GRAFICOS	Página
1	Distribucion por género de la poblacion estudiada de pacientes con IAM Hospital Santo Tomás Abril junio 2009	86
2	Distribución por edad y grupo de los pacientes atendidos con IAM HST Abril junio 2009	87
3	Dias de hospitalizacion de la población con IAM posterior a su ingreso en el HST Abril junio 2009	90
4	Resultados de los porcentajes de las respuestas de ansiedad, observadas en el grupo control y experimental durante la aplicación del pretest y postest en pacientes con IAM considerados en el estudio HST Abril junio 2009	101

INTRODUCCIÓN GENERAL

Los elementos cruciales en las situaciones de cuidados son obviamente la enfermera, el paciente y lo que ocurre entre ellos

Las buenas relaciones dependen en gran parte de que la gente sepa interpretar las intenciones del uno para el otro no importa a veces el lenguaje verbal que usen, ya que nuestro lenguaje no verbal funciona más rápido que nuestras palabras L Cibanal (2003)

El individuo sabe que es una criatura finita que algún día morirá. La comprensión de que existe y de ya no existirá en un determinado momento llena de angustia a la persona. *La actividad cardíaca y la vida afectiva están íntimamente ligadas* Todos los seres humanos experimentan diversos grados de angustia durante su vida La angustia es inherente a la esencia de la condición humana y por tanto no se aprende Sin embargo sí se aprenden las técnicas para afrontar o eludir la angustia.

Todo cambio por interesantes que sean las perspectivas que ofrece aumenta la angustia de la mayoría de los seres humanos del mismo modo que lo hacen la oportunidad o libertad de escoger

En la actualidad, raras veces nos enfrentamos a una situación de verdadero peligro físico en que necesitemos hacer uso de este mecanismo de combate o huida. A pesar de toda la respuesta de estrés sigue presente entre nosotros lo cual resulta extremadamente sutil porque tras declarar nuestro sistema nervioso una situación como estresante las

consecuencias de la respuesta pueden ser la adaptación y superación de la crisis o el desequilibrio y la predisposición a las enfermedades de la prisa.

La ansiedad es una sensación displacentera de aprehensión o nerviosismo asociado con frecuencia a signos autonómicos. Representa una respuesta habitual ante circunstancias amenazantes, situaciones de estrés. Pueden considerarse por tanto como un mecanismo adaptativo que permite sobreponerse a las dificultades de la vida diaria.

La enfermedad cardiovascular se presenta como un ataque a la autoestima que se ve acrecentado por todos los cambios vividos como limitantes que el paciente debería incorporar. Esto produce una gran estructuración del sujeto ya que está incorporado a la vida del adulto en forma fundamental, situándolo en un rol función, economía, ubicando al individuo como un activo participante de la producción de bienes sociales. La impronta del evento provoca en el sujeto una vivencia amenazadora a su cuerpo sano o al menos así registrado en esta etapa crítica, iniciando un proceso de duelo por el mismo.

El sujeto puede adaptarse a su situación de vulnerabilidad, buscando alternativas y estrategias terapéuticas que le permitan favorecer su autoestima, esto va anudado a la conciencia de enfermedad. O bien, optar por asumir todo lo negativo en desmedro de su autoestima, obstaculizando cualquier vía saludable en la línea de su tratamiento.

La enfermería profesional tiene el propósito de atender al individuo en una crisis de salud en todas las etapas de la vida. La teoría interpersonal consiste en un cuerpo de conocimientos que puede ayudar a las enfermeras a observar de manera más inteligente las situaciones de cuidados y a intervenir en ellas de manera más sensible.

El trabajo de grado *Efectividad de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo de miocardio* tiene como

objetivo evaluar la efectividad de los resultados de la aplicación de un programa de relación de ayuda de enfermería, para el manejo de los niveles de ansiedad en el paciente con infarto agudo de miocardio

Por la complejidad de los trastornos coronarios que constituyen acontecimientos de intensa emotividad para los participantes el paciente que vive las experiencias y la enfermera y conscientes de la labor de la enfermera con estos pacientes de ayudarlos a confrontar la experiencia de IAM en forma efectiva, hemos realizado este trabajo de investigación

El estudio fue realizado en la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás El trabajo consta de cuatro capítulos

En el primero se describen los antecedentes demográficos área problemática, definición del problema, formulación del problema, justificación del estudio objetivos generales y específicos contexto hipótesis de trabajo y definiciones conceptuales y operacionales

El segundo capítulo abarca los siguientes tópicos anatomía del corazón el sistema de conducción, la enfermedad coronaria, síntomas principales conceptualización de la enfermedad coronaria, génesis de la enfermedad coronaria, ansiedad y el síndrome coronario agudo el paciente con ansiedad, caracterización del paciente coronario y la Teoría Interpersonal de Hildegard Peplau

El tercer capítulo plantea la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación Los resultados y análisis obtenidos se presentan conjuntamente con cuadros y gráficas en el cuarto capítulo Seguidamente en sección separada, planteamos

las conclusiones y recomendaciones que se derivan de este estudio y la bibliografía consultada.

En la sección de anexos se presenta el desarrollo del programa de relación de ayuda junto con los instrumentos utilizados y los documentos de índole administrativos

Esperamos que tanto la investigación como el programa de relacion de ayuda constituyan un aporte científico y que motive a la elaboración de futuras investigaciones basadas en el tema de estudio

RESUMEN

Esta investigación intenta valorar los resultados de la aplicación de un programa de relación de ayuda en Enfermería, para el manejo de los niveles de ansiedad en el paciente con IAM. Estudio descriptivo y cuasi-experimental cuyas variables son programa de relación de ayuda de Enfermería para el manejo de la ansiedad y niveles de ansiedad. El programa de relación de ayuda de Enfermería fue elaborado por la autora y se basa en el modelo de Enfermería psicodinámica de la Dra. Hildegard Peplau aplicado a una muestra de 12 pacientes con diagnóstico de IAM trasladados de la Unidad Coronaria en su quinto día intrahospitalario a la Sala de Cardiología, seis para el grupo control y seis para el grupo experimental en el Hospital Santo Tomás. La recolección de los datos se realizó a través de dos instrumentos: escala autoaplicada de depresión ansiedad elaborada por William W K Zung de gran difusión pero no se encontraron estudios sobre su validez como prueba diagnóstica en pacientes con IAM y hoja de cotejo para las respuestas presentadas por el paciente relacionada con niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa con un coeficiente α de Cronbach = 0.87. Los instrumentos se aplicaron en un pretest al grupo experimental posteriormente se desarrolló el programa de relación de ayuda de Enfermería para el manejo de la ansiedad, y al quinto día se le aplicó el mismo instrumento en un posttest. Al grupo control se le aplicó el pre y posttest al mismo tiempo que el grupo anterior sin que mediara el programa de relación de ayuda. Se utilizó distribución T Student, con significancia $\alpha = 0.05$. Los resultados demostraron que no hay diferencias significativas en los resultados de la atención de enfermería al implementar un programa de relación de ayuda para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM. Palabras claves: niveles de ansiedad, paciente con IAM, programa de relación de ayuda.

SUMMARY

This investigation was intended to appraise effects of the application a relationship support program nursing for management anxiety in patient with myocardial infarction. The Peplau's interpersonal relation model was used by the author to develop a program. Quasi experimental and descriptive study with a sample of 12 patients stays in Cardiology Ward five days after the coronary event in Coronary Unit at Hospital Santo Tomas. Dividing them in two groups a control and experimental group each with six patients. The data recollection was obtained a Self Rating Depression Anxiety Scale by William W K Zung is widely used, there are no studies about its validity as a diagnostic test in myocardial infarction patient, and the other one is Check List which measures anxiety behaviors in the same patient. The check list showed an acceptable internal consistency with a Cronbach alpha of 0.87. Both instruments were applied as pre test to the experimental group and immediately a relationship support program was offered. Five days after the same instruments was applied in a post test. For the control group a pre and post test was offered but not the relationship support program nursing. The 't' student distribution was used with a confidence level of $\alpha = 0.05$ applying measures of central tendency and verifying the central hypothesis of investigation. The results there were no differences in level anxiety between both groups but the results showed a significant differences in nursing care in to apply a relationship support program nursing for management anxiety in patient with myocardial infarction. Key words: anxiety in patient with myocardial infarction, Peplau's in interpersonal relation model.

CAPITULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN

1 Antecedentes demográficos

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad en el mundo. Dentro de este grupo de enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria representa el mayor problema de salud pública según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud.

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la principal expresión de la enfermedad coronaria. Nieto Munuera (2004) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que

este problema de salud representa el 43% del total de los episodios coronarios, mientras que el 39% corresponde a la angina de pecho, un tercio de las cuales es concurrente con infarto; por su parte, la muerte súbita supone el 10% y la insuficiencia coronaria el 8%. En las mujeres, la angina de pecho representa casi el 60% de los episodios coronarios, el infarto de miocardio el 30%, y la muerte súbita y la insuficiencia coronaria alrededor del 10% (p. 199).

En la República de Panamá, las enfermedades isquémicas del corazón se encuentran entre las diez principales causas de muerte para el año 2008, ocupando el tercer lugar de 10,5%, precedidas por los tumores malignos con porcentaje del 17,0.

En relación a las Defunciones y Tasa de Mortalidad de las Cinco Principales Causas de Muerte para el año 2006, ocupan un significativo tercer lugar con tasas distribuidas así: tumores malignos (73,3), accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias (51,9), enfermedades isquémicas del corazón (44,4), enfermedades cerebrovasculares (43,17) y diabetes mellitus (25,3) (Estadísticas Vitales, Volumen III, año

2006)

En la Republica de Panamá en los ultimos cinco años las enfermedades cardiovasculares constituyen las cinco primeras causas de muerte Las defunciones y tasa de mortalidad de las enfermedades isquémicas del corazon segun sexo en la Republica de Panama para los años 2002 2006 son alarmantes ya que estas representan un gran problema de salud publica en la población panameña, condición que es compatible con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el cual el infarto agudo del miocardio corresponde a un tercio del total de los episodios coronarios y en las mujeres representa el 30% (Nieto Munuera, 2004)

Las tasas de mortalidad de las enfermedades isquémicas del corazon inducen que la población masculina es la mas afectada con tasas de hasta 51 0 en relación a las mujeres

Es importante señalar que segun el Listado de Índice y Diagnostico del Hospital Santo Tomás en el periodo comprendido de los años 2003 2006 el ingreso de pacientes con diagnóstico de IAM ha sido de 331 pacientes con una distribucion de 227 hombres y 104 mujeres (Departamento de Registros Medicos)

Se ha proyectado un aumento notorio dentro del cual los varones representan el porcentaje mayoritario situación paralela a la incidencia de trastornos cardiovasculares en la poblacion en general

(a) Area Problematica

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja. Estudios realizados indican que el IAM es una enfermedad de larga evolucion pero de aparición subita en una etapa de la

vida donde la persona es muy activa, eficaz y altamente productiva, pero con la fuerte vivencia de percibir una intensa gravedad y con un peligro de muerte inminente con la probabilidad de que estos pacientes suspendan los manejos interpersonales regresivos o manipuladores mientras su vida corra peligro porque la amenaza de muerte es más importante e inmediata que el temor a lo mas como la dependencia. (Shoemaker 1996)

La investigacion epidemiológica ha aportado abundantes datos sobre un conjunto de factores de riesgo cardiacos que estan asociados con la mayor incidencia de enfermedad coronaria.

Por ejemplo el estudio de Benitez Moreno (2004) sobre Depresión infarto de miocardio y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria de tipo observacional retrospectivo dio como resultado que el 65% de los pacientes con IAM presentan sintomas depresivos concluyendo que los pacientes con IAM se deprimen mas que la población general

En la actualidad se intenta comprender el riesgo de infarto teniendo en cuenta los diversos factores que inciden los factores somáticos de riesgo medibles y los aspectos de la estructura de la personalidad que predisponen al infarto deben considerarse como una unidad de riesgo (Luban Plozza, 1997)

El alto potencial estresante de la situación post infarto de miocardio queda reflejado en la elevada incidencia de reacciones disfuncionales caracterizadas por cuadro de dolor miedo y ansiedad los cuales tienen un alto grado de riesgo de nuevos episodios cardiacos

El paciente ingresa a la institucion generalmente por el Cuarto de Urgencias en donde puede superar el momento más álgido en su condición critica, alcanzar cierta estabilidad

apareciendo la vida como algo posible de ser sostenido lo han rescatado de la muerte y ha superado ése estadio tan angustiante para luego ser trasladados a la Unidad Coronaria

El Hospital Santo Tomas institucion del tercer nivel presta atención a la población no asegurada del país Su mision es ofrecer a la poblacion panameña una atención hospitalaria con tecnologia de punta, calidad y eficiencia.

Tiene una capacidad instalada de 616 camas de las cuales 506 son censables y 56 son transitorias (urgencias sala de partos salón de operaciones y unidades de recuperacion post anestésicas) Su ingreso diario de 68 8 pacientes con una tasa de ocupacion de 71 5% promedio dias estancia 5 1 tasa bruta de mortalidad 3 3%

Entre su recurso humano consta con 508 enfermeras de las cuales 448 prestan servicios en el área hospitalaria El sistema de atencion de enfermeria es basado en métodos de caso

La Sala de Cardiologia ubicada en el quinto piso de hospitalización del edificio principal es una unidad monovalente con una capacidad total de 35 camas divididas en cinco cubiculos con siete camas cada uno

El cubiculo ubicado frente a la Estacion de Enfermeria permanecen en su mayoria los pacientes trasladados de la Unidad Coronaria con diagnóstico de IAM en su quinto día hospitalario que luego de haber superado el periodo critico estaran hospitalizados en un tiempo de 15 dias aproximadamente Anualmente al Servicio de Cardiología ingresan via Unidad Coronaria, el 90% de los pacientes con diagnóstico de IAM con un ingreso promedio anual de 46 9%

Las enfermeras de la Sala de Cardiología brindan un cuidado integral unido a la atención humanizada con visión optimista, pero realista. En esta área se brinda una vigilancia continua, tratando de no interferir con el descanso del paciente siempre y cuando su condición lo permita, y se busca satisfacer sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales con las prioridades establecidas por el personal de enfermería en el mantenimiento de la seguridad física y psicológica inmediata por encima de las necesidades individuales y personales del paciente.

Las limitaciones de tiempo y la necesidad de establecer prioridades de asistencia, funciones vitales deterioradas en el paciente reduce la cantidad real de tiempo disponible para educar, acompañar y dar apoyo al paciente.

El paciente coronario en la caracterización de su enfermedad desarrolla aspectos psicosociales condicionantes de la enfermedad por una estructuración de manifestaciones defensivas de negación, niveles de intensidad variable de ansiedad, tendencia marcada en sostener el evento cardíaco como vivencia exclusiva, marcado narcisismo, conductas adictivas muy marcadas, acumulación de numerosas pérdidas a lo largo de su vida que producen un fuerte impacto en la estabilidad psicológica del paciente activando respuestas de estrés asociadas a una fuerte reacción emocional de miedo ante la muerte ocasionando ansiedad.

Por estas razones, las intervenciones centradas en el manejo de la ansiedad a pacientes con IAM en la Unidad Coronaria y en la Sala de Cardiología constituyen un elemento fundamental del cuidado de Enfermería, puesto que la clarificación, la explicación y la tranquilización pueden ejercer efectos muy sedantes sobre los pacientes ansiosos.

particularmente cuando el miedo surge de concepciones amenazantes o erróneas de la enfermedad

El enfoque psicodinámico de la teoría interpersonal de Hildegard Peplau segun Marriner Tomey (1999) centra el concepto de cuidado en ayudar a la persona que sepa mas de si mismo ayudarlo a buscar un significado de lo que esta viviendo su enfermedad De ahí la importancia de la competencia del profesional de Enfermería en la atencion del paciente con IAM desde la condición aguda, que como miembro de un equipo mantiene una relación presencial y continua con el enfermo convirtiendose en pieza clave del proceso de curación y rehabilitación

Su competencia se centrará en superar la situacion de cardiopatía en el enfermo ayudandoles junto con la participación de la familia en el proceso de identificación y satisfacción de las necesidades presentes a bien de conseguir el mejor nivel de salud a su alcance a través de un proceso sistematizado y eficaz para su recuperacion

El cuidado de ayuda correspondiente a la competencia profesional de la enfermera implica una valoración integral de la condición del paciente con IAM que requiere en forma prioritaria, valorar el impacto de la enfermedad en su condicion de persona en riesgo y valorando la percepción el significado a toda su estabilidad y seguridad en una situación inesperada y que percibe fulminante

(b) Definición del problema

El infarto agudo de miocardio es un ente clínico que se caracteriza por manifestaciones de dolor torácico intenso constante con cambios característicos

electrocardiográficos de elevación del segmento ST en las derivaciones de los miembros y las precordiales

En la actualidad se desconoce el mecanismo de acción de la ansiedad sobre la enfermedad coronaria, pero sí se ha evidenciado que muchos pacientes con ansiedad muestran evidencias de alteración en el equilibrio del sistema nervioso autónomo caracterizado por un desequilibrio del sistema nervioso simpático con una excesiva producción de catecolaminas

En el estudio de Van Boven (1998) se relaciona el deterioro de la respuesta barorefleja como la disminución de la variabilidad de la tasa cardíaca que constatan en pacientes con ansiedad, como marcadores sensible de trastornos de la regulación cardiovascular autónoma y factores independientes de riesgo de muerte súbita cardíaca.

La historia natural de la enfermedad cardíaca en el paciente es definida como un riesgo que involucra en el paciente cambios en su entorno familiar laboral y social con dificultades para comprender las repercusiones en detrimento de su calidad de vida, independencia y prevención de reaparición de nuevos infartos de miocardio

Las implicaciones de riesgo de respuesta crítica, de valoración de urgencia, a las respuestas emocionales de ansiedad de no valorarse en forma prioritaria pueden precipitar un aumento en el nivel de mortalidad en estos pacientes

En respuesta a todas las consideraciones antes señaladas podemos resaltar que el miedo producto de la percepción de la experiencia dolorosa provocan en los pacientes un fuerte impacto emocional que se caracteriza por presentar temor ante la incertidumbre de sentirse enfermos de forma súbita y cómo evolucionara su enfermedad lo que

repercute en conductas aisladas hostiles agresivos negación, regresión, intelectualización o preocupaciones excesivas irritabilidad, insomnio rechazo de las terapéuticas en algunos no comunicativos e inquietos en su mayoría con demandas excesivas de atención profesional

La ansiedad estimula el sistema nervioso autónomo y ello conduce a una sobrecarga del sistema cardiovascular A nivel general la liberación de catecolaminas implica un incremento en los parámetros circulatorios que conducen a un estado de inestabilidad hemodinámica y a un incremento del trabajo cardíaco

Las relaciones con la enfermedad representan para el paciente la peor pesadilla con fuertes repercusiones físicas sociales y emocionales y al no poder hacer las adaptaciones necesarias por no contar con los mecanismos de apoyo le resulta difícil afrontar la enfermedad y trabajar la rehabilitación cardíaca con miras a mejorar su estilo de vida saludable que se traduce a las capacidades funcionales intelectuales emocionales e integración a la familia y su entorno

Producto de la investigación bibliográfica para realizar este trabajo intento proponer un diseño basado en la Teoría Psicodinámica de Hildegard E Peplau, de las relaciones interpersonales la cual describe a la enfermería, como un proceso de interacción terapéutica, realizada entre dos personas que tienen un objetivo común buscar el significado en las actividades que surgen del cuidado reciprocidad interacción del encuentro enfermera paciente a través de la comunicación con el fin que se transmitan sentimientos pensamientos y expresiones que son orientados de acuerdo con la habilidad y el conocimiento de la enfermera proporcionando estrategias para transformar y

concienciar al paciente a enfrentar su experiencia de salud y enfermedad (González Ortega, 2007)

En el contexto de la Teoría Psicoanalítica la enfermedad la hospitalización pueden ser percibidas en un paciente con IAM como grandes barreras que generan ansiedad la cual disminuyen su capacidad de percepción, en donde todas las fuerzas están concentradas en una zona muy reducida la dificultad vivida con exclusión de todo lo demás

Cuanto más se focaliza la atención del paciente sobre una dificultad en particular tanto menos tiene la posibilidad de utilizar sus experiencias pasadas De ahí se deriva que una gran ansiedad es un obstáculo capital en todo el aprendizaje de este paciente

Por lo tanto es de vital importancia valorar la participación del profesional de Enfermería en la aplicación de los principios psicoanalíticos para minimizar el riesgo de generarse nuevamente el evento cardíaco

Por lo que surge la idea de la investigadora de formalizar una propuesta de un programa de relación de ayuda que permita identificar aquellos eventos que presente el paciente complejos impredecibles críticos prioritarios frente a la realidad de su enfermedad

La respuesta del paciente frente a la enfermedad debe ser valorada en forma prioritaria por el equipo de salud de tal manera que implementen una actuación de reciprocidad e interacción en el encuentro terapéutico Esta propuesta permitirá valorar el impacto del proceso interactivo enfermera paciente en la medida que permita la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades perdidas o nunca adquiridas de parte del

paciente

(c) Formulacion del Problema

¿Se producirá disminución en los niveles de ansiedad del paciente con Infarto Agudo del Miocardio al aplicarle un programa de relación de ayuda para el manejo de la ansiedad?

(d) Justificacion del Estudio

Esta investigacion se realizará con la finalidad de valorar la efectividad del Programa relacion de ayuda de Enfermeria en el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo del miocardio para su rehabilitación cardiaca y una mejor calidad de vida

El estudio permite evidenciar los resultados de la practica del Proceso de Enfermeria significativo terapéutico e interpersonal (Modelo de Enfermeria Psicodinamica de Hildegard Peplau) en relación a los niveles de ansiedad relacionados directamente con las necesidades integrales del paciente la percepción del paciente sobre su enfermedad su propia experiencia, su entorno y a su perspectiva de vida El estudio se fundamenta en las relaciones interpersonales de la teoria de Hildegard Peplau, donde se evidencia la importancia de la profesión como fuerza formativa de maduracion que aplica el método de aprendizaje de experiencias tanto para el paciente como para la enfermera Además permitirá aplicar a través del programa principios y métodos para guiar el proceso de crecimiento y maduración personal del paciente con IAM en la Sala de Cardiología

Estas consideraciones señaladas se fundamentan en el supuesto implícito del Modelo Teórico de Peplau *que la Profesión de Enfermería tiene la responsabilidad legal de aplicar de forma eficaz la enfermería y de sus consecuencias sobre los pacientes* Marriner Tomey (1999)

Es así que a través de la observación, comunicación y la entrevista se aplicará el Programa de Relación de Ayuda de Enfermería y se podrá evidenciar o no las respuestas de ansiedad que van ligadas a las necesidades frustraciones y o conflictos producto de las experiencias de cada paciente en su circunstancia de vida.

Según Peplau las situaciones de enfermería proporcionan un campo de observaciones del que pueden derivarse conceptos únicos para la enfermería y ser empleados luego para mejorar el trabajo de los profesionales Marriner Tomey (1999)

El estudio intenta ayudar al paciente con IAM a dar significancia a una enfermedad que es para toda la vida y por tanto nuestro rol de educadores se basa en enseñar al paciente formas de afrontamiento a la enfermedad y a cambiar una serie de hábitos que repercutan en su bienestar le permitan construir metas buscar soluciones aprender a base de su experiencia, reconocer sus sentimientos y su realidad teniendo presente la relación que existe entre los comportamientos individuales y el estado de salud de cada persona.

El estudio tiene un impacto a nivel preventivo en relación a la información que los pacientes recibirán en reconocer sus conductas de ansiedad en la fase aguda de la enfermedad El paciente al percibir que el miedo a la muerte ha dejado de rondar su conciencia, pueden sentir temor de quedar lisiados por la enfermedad o por sus

tratamientos y consecuentemente asumirá nuevos compromisos personales e interpersonales requiere desaprender y aprender nuevos estilos de vida, establecer prioridades expresar sentimientos satisfacer necesidades por medio de relaciones de cooperación y participación activa con familia, amigos y compañeros de trabajo

En este contexto se infiere la importancia de este estudio con la necesidad de valorar el impacto de los cuidados integrales en Enfermería en la trascendencia de la rehabilitación cardíaca, de tal forma de determinar si somos capaces como profesionales de enfermería de establecer una relación de ayuda efectiva con un componente altamente científico tecnológico y humanístico en el marco de los elementos terapéuticos psicodinámicos que respondan a las competencias que favorezcan la rehabilitación cardíaca, con un manejo asertivo de la ansiedad experimentada por el paciente

Es de interés porque el programa permitiera aplicar el proceso interpersonal de ayuda, garantizando una optimización del estilo de vida y bienestar del paciente según su capacidad de ajuste y adaptación a la enfermedad Tal como lo señala el modelo interpersonal de Peplau, el compartir la elaboración de metas comunes anima a la participación y esto es válido tanto para la enseñanza de enfermería como para el cuidado de los enfermos Cuando el paciente participa en la resolución de los problemas que se le presentan, se convierte realmente en parte activa del proyecto terapéutico

Es novedoso porque en la Sala de Cardiología es la primera vez que se aplica un programa de relación de ayuda de Enfermería en el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM orientado en la teoría psicodinámica de Hildegard E Peplau, lo que se convierte en una herramienta inicial en la rehabilitación cardíaca orientando a los

enfermeros (as) a reconocer las respuestas adaptativas que puede desarrollar un paciente con IAM

Será de utilidad para los enfermeros ya que se intenta establecer un modelo integral sistematizado a través de un proceso investigativo bases científicas que evidencien calidad en la práctica de cuidados de Enfermería, de forma personalizada y colectiva, que pueda apoyar a la rehabilitación cardíaca desde la fase aguda de la enfermedad coronaria

En la transcendencia del cuidado permite la proyección del modelo que nos ayude a identificar comportamientos preventivos en el paciente que permitan desarrollar nuevas actitudes aprendidas que intenten mejorar comportamientos saludables en un mundo complejo de conductas de estrés, tensión, conflicto, violencia y autodestructivas en el medio social en que nos desarrollamos

(e) Objetivos

(e 1) General

- Evaluar la efectividad de los resultados de la aplicación de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de los niveles de ansiedad en el paciente con infarto agudo de miocardio

(e 2) Específicos

- Describir los datos demográficos y clínicos de la muestra de pacientes con IAM

- Identificar las manifestaciones de ansiedad en el paciente antes y después de la aplicación de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo del miocardio
- Diseñar un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo del miocardio
- Aplicar el modelo de programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo del miocardio
- Determinar si existen diferencias significativas en la disminución de la ansiedad del paciente según puntuaciones obtenidas en los post test de los instrumentos aplicados

(f) Hipotesis

Ho No existe diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo experimental con las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo no experimental

Ha Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en las post pruebas de ambos grupos experimental y control

(g) Definición de conceptos

(g 1) Definiciones conceptuales

Ansiedad es una experiencia subjetiva afectiva. Se siente como una intranquilidad desagradable como aprensión, temor o sensación pavorosa. Puede considerarse como un mecanismo adaptativo que permite sobreponerse a las dificultades de la vida diaria. Con sentimientos de peligro, miedo, estado de incertidumbre. Nieto Munuera (2004)

Programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM es el programa educativo basado en la teoría psicodinámica de Hildegard E. Peplau, que consiste en la capacidad de la enfermera de comprender la conducta de ansiedad que desarrollan los pacientes como parte de sus respuestas bio psico sociales y aplican los principios de intervención de enfermería al cuidado de pacientes con IAM con la finalidad de minimizar las dificultades de afrontamiento a la ansiedad, temor, peligro que surgen en la percepción de la experiencia que genera esta enfermedad. Shives (2007)

Paciente con infarto agudo de miocardio según lo indicado por Nieto Munuera (2004) es la persona que ha desarrollado necrosis de las células del músculo cardíaco a consecuencia de una isquemia prolongada producto de la aterosclerosis coronaria, que un 5% de los casos es un espasmo coronario, oclusión de las arterias coronarias estenóticas por trombos, rotura de una placa aterosclerótica o de origen desconocido. El grado de obstrucción y de trombo es variable y se debe a múltiples factores que incluyen endotelio coronario disfuncional, extensión de la obstrucción, agregaciones plaquetarias y

alteracion del tono vasomotor Los enfermos coronarios presentan frecuentemente un cambio biografico unos dos años antes del infarto o la angina, este cambio implica emociones displacenteras disgusto frustración, el fracaso tras algun esfuerzo esto se traduce en la influencia de los sucesos vitales como el trabajo la familia y finanzas pueden predecir la aparicion de angina de pecho e infarto de miocardio

(g 2) Definiciones operacionales

Ansiedad reaccion emocional que experimenta el paciente con IAM se caracteriza por sentimientos de gran impacto emocional El paciente expresa como percibe su enfermedad, sus consecuencias la incertidumbre de su vida futura, y el temor a perder su vida, que será medido a través de la aplicacion de un instrumento llamado Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicacion del programa de relación de ayuda de enfermeria

Programa de relacion de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM Es el programa de relación de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM diseñado por la investigadora, el cual aplicará como enfermera especialista en la atencion del adulto en estado critico Incluye cuatro fases orientación al paciente para establecer relación de confianza identificación de la ansiedad y mecanismos de afrontamiento validacion de respuestas del paciente e identificación de necesidades y problemas y promocion de cambios para la efectividad en las respuestas del paciente al manejo de la ansiedad

Paciente con infarto agudo de miocardio persona con una enfermedad psicosocial que en circunstancias concretas tales como inadecuación de los hábitos alimenticios el consumo de ciertos tóxicos las actitudes personales ante la vida, sentimientos de soledad y otras reacciones emocionales precipitarán respuestas fisiológicas concretas tales como dolor precordial profundo resultado de la obstrucción coronaria generando cuadro severo de ansiedad y acentuada crisis angustiosa El paciente percibe miedo a padecer un nuevo ataque y a morir por causas cardiacas

CAPITULO SEGUNDO

FUNDAMENTACION TEÓRICA

2 Enfermedad Coronaria.

La enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte en el mundo occidental tanto entre los hombres como en las mujeres. La enfermedad arterial o arteriopatía coronaria, es un problema grave de salud pública, se define como los efectos de la acumulación de placas ateroscleróticas en las arterias coronarias que reducen el flujo sanguíneo al miocardio.

Tortora (2002) define

el engrosamiento de la pared arterial y la pérdida de elasticidad son las características principales de un grupo de enfermedades incluido en el término arteriosclerosis. La aterosclerosis se inicia por efecto de uno o más factores desconocidos los cuales dañan el revestimiento endotelial de la pared arterial. Entre dichos factores podrían incluirse los valores circulantes altos de lipoproteínas de baja densidad (LDL), presión arterial alta crónica, monóxido de carbono en el humo de los cigarrillos y diabetes mellitus. Se piensa que la aterosclerosis se inicia cuando uno de estos factores lesiona el endotelio de una arteria lo cual estimula la agregación plaquetaria y atrae fagocitos al área (p 670)

En el desarrollo de la arteriopatía coronaria, el colesterol y los triglicéridos se acumulan en la capa interna de la pared arterial en el sitio de lesión. También llegan macrófagos al área, como parte de la respuesta inflamatoria. El contacto con plaquetas, lípidos y otros componentes de la sangre estimula la proliferación anormal de las células de músculo liso y fibras de colágeno de la pared arterial.

En respuesta a tal proliferación, así como a la acumulación de lípidos se forma una placa aterosclerótica, que obstruye progresivamente el flujo sanguíneo conforme crece. Un riesgo adicional es que la placa constituya una superficie rugosa, que atrae las plaquetas e inicia la formación de coágulos lo cual obstruye aun más el flujo de sangre. Por añadidura, es posible que se desprenda un trombo o una parte de éste y se convierta en un embolo que puede obstruir el flujo sanguíneo en otros vasos (Tortora, 2002)

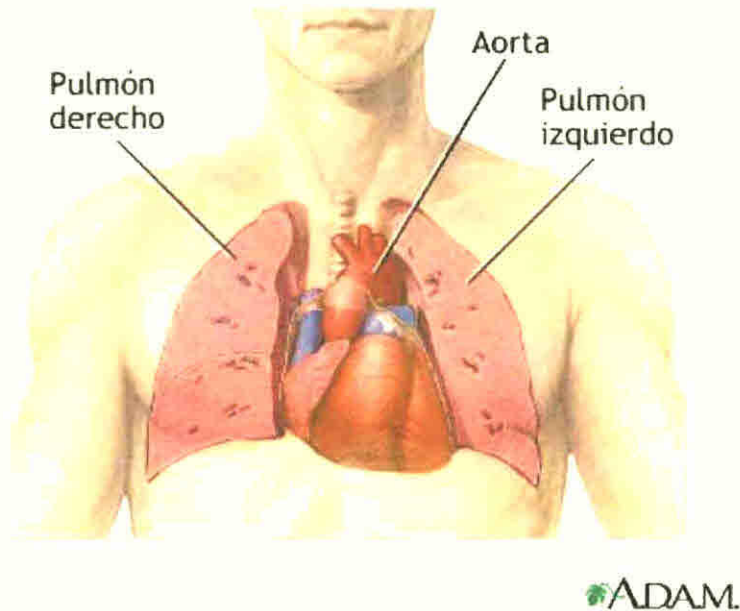
(a) Anatomía del corazón

Tortora (2002) define

el corazón es la bomba que hace circular la sangre impulsada constantemente por los vasos sanguíneos para que ésta llegue a las células de los diversos tejidos e intercambie materiales con ella (p 671)

Localizado en plano superior inmediato al diafragma cerca de la línea media del tórax en el mediastino masa de tejido que se sitúa entre el esternón y la columna vertebral delimitado por la pleura que recubre los pulmones. Casi dos tercios de la masa cardíaca se ubican a la izquierda de la línea media del cuerpo (ver figura 1)

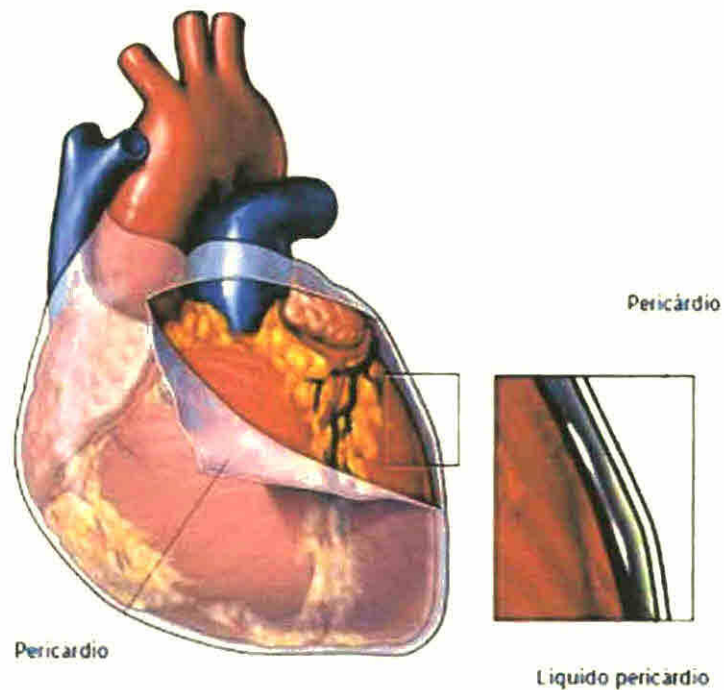
Fig. 1. Localización del Corazón



Fuente: <http://2.bp.blogspot.com>

Las membranas del corazón, pericardio (figura 2), rodea al corazón y lo protege, impidiendo que el corazón se desplace de su posición en el mediastino, al mismo tiempo que permite libertad de movimientos suficiente para su contracción rápida y fuerte. El pericardio fibroso es el superficial y se compone de tejido conectivo denso e irregular resistente. Previene el estiramiento excesivo del corazón, lo protege y lo fija en el mediastino.

Fig. 2. Pericardio, membrana del corazón



Fuente: www.portalsaofrancisco.com.br

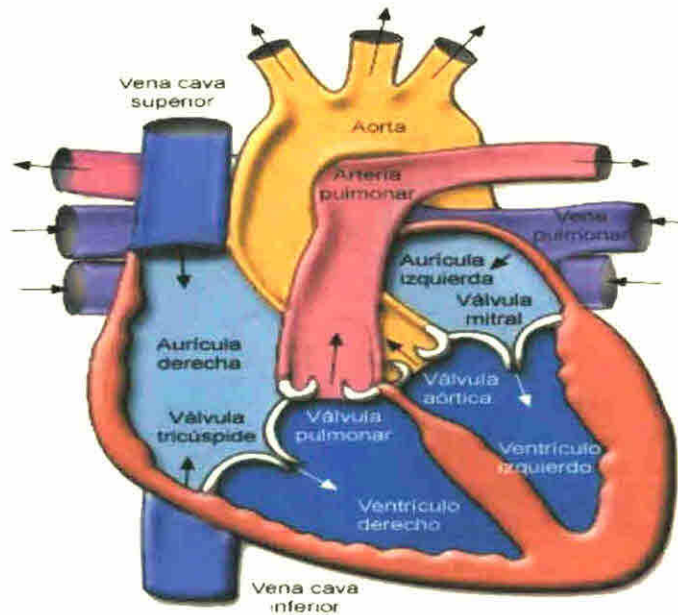
El pericardio seroso es la porción profunda y se trata de una membrana más delgada y delicada que forma una doble capa alrededor del corazón. La capa parietal externa del pericardio seroso se fusiona con el pericardio fibroso. Su capa visceral interna, también llamada epicardio, se inserta en la superficie del corazón. Entre esas dos capas esta una delgada película de líquido seroso. Este líquido pericárdico es una secreción resbalosa de las células pericárdicas que reduce la fricción entre las membranas resultante, de los movimientos cardíacos. El espacio que lo contiene es la cavidad pericárdica.

La pared del corazón se forma con tres capas epicardio (la externa) miocardio (intermedia) y endocardio (interna) El epicardio externo también llamado capas visceral del pericardio seroso es la externa, transparente y delgada de la pared cardiaca El miocardio abarca gran parte de la masa cardiaca y de el depende la funcion de bombeo de la víscera.

El endocardio es la capa interna y consta de endotelio delgado que recubre una capa interna y consta de endotelio delgado que recubre una capa, también delgada, de tejido conectivo

De acuerdo a Tortora (2002) el corazón es un sistema de cavidades de dos sistemas de bombas cuya estructura interna la conforma el pericardio tres capas pared cardiaca, cuatro cavidades 11 orificios y cuatro válvulas Válvulas tricuspíde pulmonar mitral aortica reguladoras flujo de las cavidades De sus cuatro cavidades cobra mayor importancia los ventriculos las aurículas son de pared delgada, ya que sólo transfieren la sangre a los ventriculos adyacentes mientras que los ventriculos son de pared más gruesa ya que deben bombear sangre a mayores distancias (ver figura 3)

Fig. 3. Corazón, sistema de dos bombas

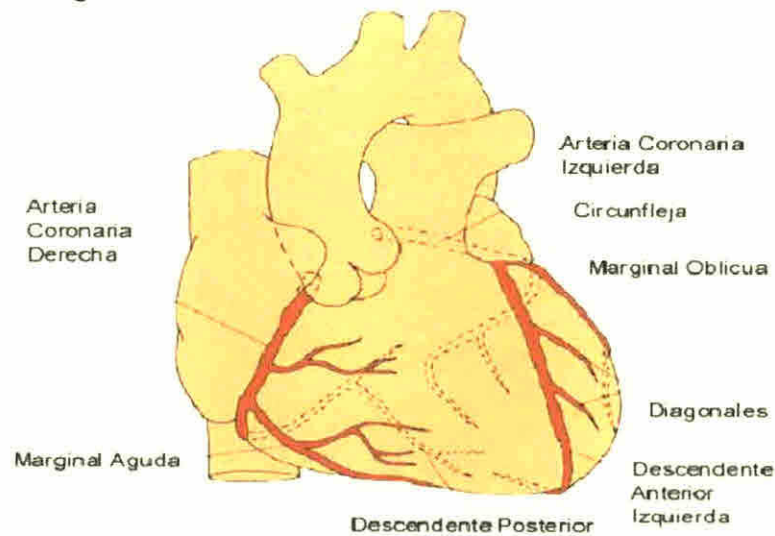


Fuente: www.soygik.com

Aunque los ventrículos se comportan como dos bombas separadas, que expulsan simultáneamente volúmenes iguales de sangre, la carga de trabajo es mucho menor para el ventrículo derecho. Ello se debe a que bombea la sangre a los pulmones, que están cercanos y presentan poca resistencia al flujo de la sangre, al tiempo que el ventrículo izquierdo la bombea al resto del cuerpo, donde es mayor la resistencia al flujo sanguíneo. Así pues, el ventrículo izquierdo trabaja mucho más que el derecho para mantener el mismo volumen de sangre.

La pared cardíaca tiene sus propios vasos sanguíneos. El flujo de sangre por los numerosos vasos que penetran en el miocardio se denomina circulación coronaria o cardíaca. Las arterias del corazón (ver figura 4) lo envuelven como una corona ceñida en la cabeza. Al contraerse, el corazón recibe poca sangre oxigenada por las arterias coronarias, que se ramifican de la aorta ascendente. Sin embargo, cuando la víscera se relaja, la presión arterial alta en la aorta impulsa la sangre por las arterias coronarias, luego a los capilares y, por último, a las venas coronarias.

Fig. 4. Arterias Coronarias del Corazón



Fuente: www.prohealthcare.adam.com

(b) El Sistema de Conduccion

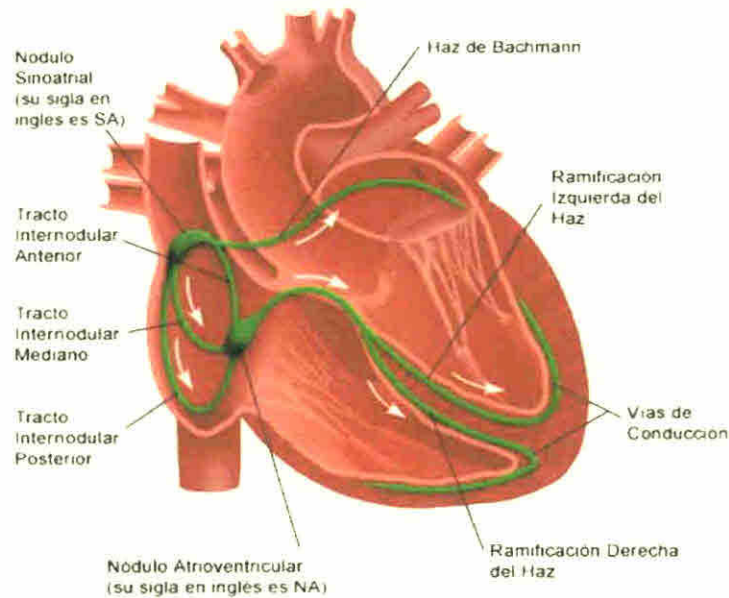
Además de la musculatura de trabajo el corazón dispone de un sistema de fibras musculares especializadas para dirigir su contracción. Este sistema genera el impulso cardíaco (potencial de acción) y lo conduce a las diferentes partes del miocardio para asegurar la contracción de aurículas y ventrículos con la debida sucesión y ritmo durante el ciclo cardíaco.

Este sistema genera el impulso cardíaco y se conoce como sistema de conducción (figura 5) tiene una actividad automática debido a que sus miocitos son capaces de auto excitarse y generan un estímulo bioeléctrico.

En realidad todos los miocitos cardíacos son excitables pero la frecuencia de despolarización y repolarización rítmica está desarrollada en grado muy diferente en los diversos tipos de células musculares ventriculares: intermedia en el miocardio auricular y más rápido en las células del sistema de conducción.

Morfológicamente las células musculares del tejido especializado de conducción se diferencian de las fibras musculares de trabajo en que son células más pequeñas con pocos miofilamentos y discos intercalares, carecen de tubulos T y su citoplasma posee abundante glucógeno. Además se disponen en cumulos formando nodos o en redes.

Fig. 5. El Sistema Eléctrico del Corazón



Fuente: www.rush.edu

(c) Naturaleza de la enfermedad coronaria.

El infarto agudo de miocardio se considera como una entidad situada en uno de los extremos de un espectro conocido como síndromes coronarios agudos.

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja. La causa directa de la enfermedad coronaria es la aterosclerosis. La aterosclerosis o enfermedad aterosclerótica se caracteriza por un engrosamiento y pérdida de elasticidad de las paredes arteriales, en las que se forma lo se denominan placas de ateromas. Cuando estas placas aumentan de tamaño y número, pueden llegar a obstruir parcial o totalmente el suministro de sangre a los tejidos que son irrigados por estas arterias.

Aunque la aterosclerosis está reconocida como principal causa etiológica de la enfermedad coronaria, actualmente existe un amplio consenso sobre la naturaleza multifactorial de la cardiopatía isquémica. Según Nieto Munuera (2004) los factores de riesgo coronarios pueden agruparse en tres grandes bloques: factores inherentes, factores tradicionales y factores psicológicos y emocionales.

Los factores de riesgo *inherentes* son los que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque modifiquen las condiciones de vida. Los principales son la edad, el sexo, la diabetes y los antecedentes familiares. Los factores *tradicionales* comprenden aquellos casos que tienen un mayor componente físico biológico aunque también emocional tales como el colesterol y la hipertensión, y otros factores con mayor componente compartamental como el consumo de tabaco, cafeína, alcohol y la falta de ejercicio físico habitual, pero estos factores no son suficientes para explicar el elevado porcentaje de morbilidad y mortalidad de la enfermedad coronaria.

Por otra parte, algunos de estos factores constituyen hábitos de conducta relacionados con la salud y están influidos por factores *psicológicos* que al mismo tiempo pueden servir al sujeto como estrategias de afrontamiento del estrés o la ansiedad. Además de esta influencia indirecta asociada a conductas implicadas con la salud (fumar, hábitos de alimentación, ejercicio físico) en los últimos años han venido destacando la particular relevancia que parecen desempeñar los factores psicológicos relacionados más directamente con el estrés.

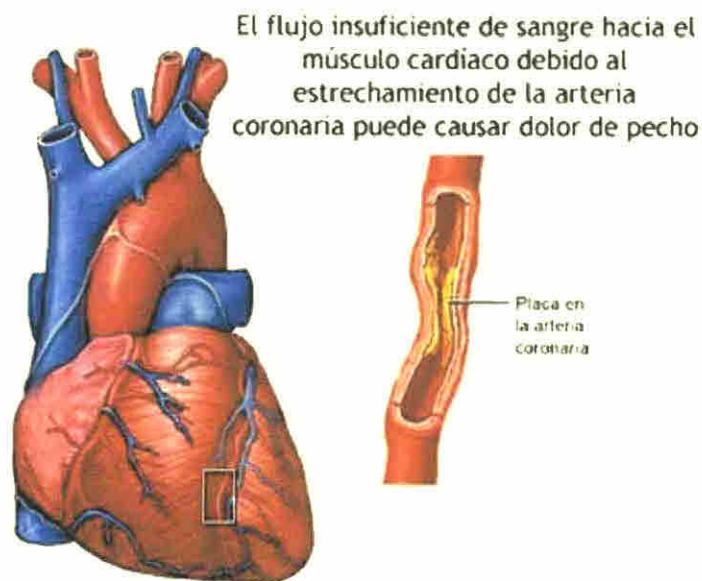
En este sentido se ha señalado que el estrés psicosocial, el patrón de conducta tipo A y el complejo ira-hostilidad-agresividad constituyen factores de riesgo coronario.

importante que pueden ejercer su efecto tóxico con independencia de otros factores de riesgo.

Shoemaker (1996), define:

“El infarto de miocardio suele ser consecuencia de una aterosclerosis coronaria (figura 6). La isquemia aguda a menudo es precipitada por la oclusión brusca de una arteria coronaria con una obstrucción previa moderada. La inestabilidad de la placa aterosclerótica desencadena una secuencia de acontecimientos que culminan con la oclusión aguda debido a la formación de un trombo. La proliferación del músculo liso en la capa media arterial también puede contribuir a la obstrucción”. (p.468)

Fig. 6. Obstrucción coronaria.

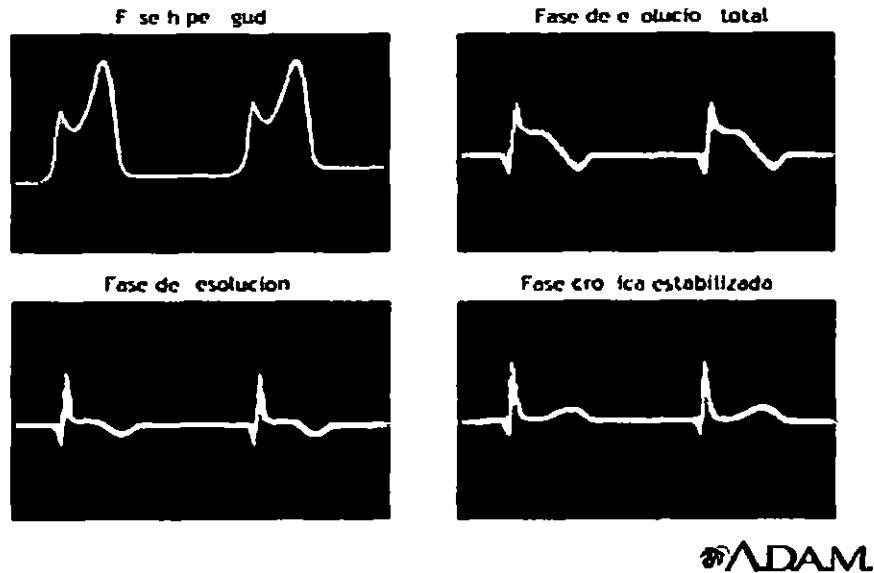


Fuente: www.profealthcare.adam.com

Una vez instalado el infarto el tiempo es un factor esencial para la eficacia del tratamiento y pocos minutos después de obstrucción coronaria, comienza el deterioro de las mitocondrias miocárdica. La contractibilidad disminuye significativamente en el área del infarto mientras que el miocardio no afectado se torna hipercontráctil. La muerte de los miocitos dentro del curso de cuatro horas después del infarto es inevitable si no se logra restablecer la perfusión Shoemaker (1996)

El diagnóstico se realiza a través de electrocardiograma como primer paso diagnóstico ante la sospecha de un infarto cardíaco. El hallazgo primordial es la elevación del segmento ST (figura 7) el cual indica que una arteria del miocardio está obstruida y el músculo cardíaco está sufriendo. En algunos pacientes esto evoluciona a un infarto completo los que se denomina infarto agudo de miocardio sin onda Q (el trombo tiene un alto contenido plaquetario) el infarto de miocardio con onda Q (el trombo está compuesto por plaquetas, fibrina y glóbulos rojos). El segundo paso es el análisis de los marcadores en sangre creatinquinasa (CK) con determinación de la fracción MB instrumento de diagnóstico disponible y confiable. Tanto los niveles de CK, como los de CKMB aumentan por encima de los valores normales en el curso de seis a ocho horas después de un infarto de miocardio para alcanzar un pico aproximadamente a las 30 horas (o antes después de una trombolisis exitosa) Shoemaker (1996)

Fig 7 Postinfarto de miocardio



Fuente www.prohealthcareadam.com

Otros marcadores en sangre de importancia para diagnóstico son velocidad de sedimentación globular se encuentra elevada en las primeras 12 horas los leucocitos en forma moderada, elevación pasajera de glucosa sérica como respuesta adrenergica, troponinas (proteínas contractiles) liberadas cuando existe lesión del miocardio de tres a doce horas La mioglobina (proteína que se encuentra en el musculo cardíaco) liberada dentro de las dos primeras horas y proteína C reactiva, (producto presente en el proceso inflamatorio)

La edad es el factor pronóstico más importante en el infarto miocardio. Se estima que a nivel mundial en pacientes de 70 años o más jóvenes se ha comunicado una mortalidad hospitalaria del 3 al 6% mientras que en pacientes de 85 años o mayores la mortalidad es del 35% o más. Por ejemplo en la República de Panamá según los datos que publica la Dirección de Estadística y Censo de Contraloría, las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón para el año 2004 en personas de 20 a 69 años de edad fueron de 421 286 hombres y 135 mujeres. Más sin embargo en personas de 70 a 85 años y más fue de 963 distribuidos en 528 hombres y 435 mujeres.

Si bien se han identificado varios factores pronósticos aparte de la edad, la evolución depende de la cantidad de ventrículo izquierdo afectado de la combinación de infarto agudo y cicatrización y de la magnitud de la enfermedad arterial coronaria.

(d) Síntomas Tratamiento y Pronóstico

El dolor es el síntoma principal e importante de un infarto agudo de miocardio el cual puede ser sumamente severo pero en muchos casos el dolor puede ser sutil o estar ausente por completo especialmente en los ancianos y los diabéticos.

Según Pízza et al (2001) el dolor en infarto agudo de miocardio se define como dolor catastrófico un dolor agudo de una intensidad intolerable acompañado de una acentuada crisis angustiosa. Se caracteriza por irradiarse al pecho brazos y hombros cuello dientes mandíbula y espalda es prolongado por lo general más de 20 minutos parecido a la angina pero que no se alivia con el descanso ni con el uso de nitroglicerina.

El dolor puede ser descrito como indigestión severa intensa, severa, sutil o ausente Aplastante o una gran presión, una banda ajustada en el pecho o un elefante sentado sobre el pecho

Otros síntomas que suelen presentarse están disnea repentina que puede o no estar acompañada de dolor tos atontamiento mareos desmayos nauseas o vomitos sudoración que puede ser profusa (diaforesis) boca seca, sensación de muerte inminente ansiedad Los síntomas adicionales que pueden estar asociados con el ataque cardiaco son convulsiones fatiga, respiración temporalmente ausente dificultad respiratoria al estar acostado y presión sanguínea baja

El objetivo del tratamiento consiste en 1) aliviar los síntomas 2) limitar la magnitud de la lesión miocárdica, 3) reducir el trabajo cardiaco y por lo tanto revertir la isquemia y 4) tratar las complicaciones Aproximadamente la mitad de las muertes por IAM se producen durante las primeras cuatro a seis horas En consecuencia, el manejo de estos pacientes en una unidad de cuidados coronarios durante las primeras horas es importante dada que la causa principal de muerte temprana es la fibrilación ventricular primaria por lo que es esencial el acceso a una unidad de monitoreo con la mayor rapidez posible Shoemaker (1996)

El tratamiento específico es el reposo absoluto administración de oxígeno por vía nasal la cual mejora la disfunción ventricular durante las primeras 36 a 48 horas Monitorización electrocardiográfica continua más los signos vitales basales toma de ECG de doce derivaciones creación de una vía endovenosa, toma de muestras de laboratorio analgesia (morfina, nitroglicerina) disminuye niveles de catecolaminas circulantes y el consumo de oxígeno miocárdico Administración de aspirina con cubierta

entérica inmediatamente después del diagnóstico de infarto de miocardio por el alto riesgo que existe entre el aumento de la agregación plaquetaria y la aterosclerosis coronaria y el restablecimiento del flujo coronario con tratamiento trombolítico del tipo estreptoquinasa.

Entre las alternativas de tratamiento uso de heparina intravenosa o subcutánea, angiografía y angioplastia coronaria. Bloqueantes beta adrenérgicos reducen la frecuencia cardíaca. Nitratos reducen la presión arterial disminuyen o revierte la isquemia y alivian el dolor cardíaco. Antagonistas del calcio producen vasodilatación coronaria y reducen las resistencias vasculares periféricas. Uso de soluciones polarizantes (glucosa potasio insulina) para la mejora de la función ventricular. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, preservan la función ventricular y administración de magnesio por hipomagnesemia que favorece el desarrollo de arritmias ventriculares. Laxantes suaves que evitan la constipación intestinal propiciada por el reposo y efectos narcóticos.

Los pacientes con infarto de miocardio no complicado generalmente pueden ser dados de alta después de siete a diez días o incluso antes. El pronóstico de largo plazo depende de la magnitud de la enfermedad arterial coronaria, del grado de preservación de la función del ventrículo izquierdo de la edad y de la presencia de otros factores médicos tales como diabetes o el riesgo de arritmias malignas.

El pronóstico a largo plazo una vez pasada la fase aguda del IAM va a depender de tres factores altamente interrelacionados

- La función ventricular izquierda residual o porcentaje de sangre que es capaz de expulsar el corazón durante un latido

- El miocardio viable restante sub irrigado por arterias coronarias obstruidas significativamente por lesiones ateroscleroticas y
- El sustrato que representa el tejido infartado necrotico para el desarrollo de arritmias maligna

(e) Implicaciones bio psicosociales de la enfermedad coronaria

La enfermedad potencialmente fatal en si misma es bastante dificil de manejar pero la dificultad del manejo y el peligro de los pacientes pueden aumentar de forma espectacular cuando los enfermos con infarto de miocardio desarrollan reacciones disfuncionales de estrés. La agitación en particular las vias permanentes amenazantes los cateteres los alambres de los marcapasos y otras tecnologias terapéuticas y de monitoreo suelen constituir el signo definitivo de advertencia para el personal de salud. *Los trastornos de la emoción, la cognicion y la conducta son frecuentes en las unidades de cuidados coronarios y requieren una rapida atencion.* Shoemaker (1996)

Un paciente que ha sufrido un infarto de miocardio típicamente muestra temor y ansiedad durante el ingreso y después de él. A medida que los sintomas se estabilizan o ceden, algunos pacientes pueden decidir que los sintomas no eran graves o que incluso constituían una falsa alarma. Una vez que las pruebas diagnósticas confirman la presencia de un infarto de miocardio comienzan los sentimientos de abatimiento. Éstos son normales correctamente clasificados como duelo no complicado pero algunos pacientes desarrollan más tarde una depresión mayor. A medida que la hospitalización progresa los problemas de personalidad, tales como conducta pasiva agresiva pueden

complicar las interacciones entre el paciente y el personal del hospital Shoemaker (1996)

Esta conceptualización puede representar una ayuda práctica en la asistencia de los pacientes internados en una unidad de cuidados coronarios. Por ejemplo, si un paciente parece imposible de manejar el día de ingreso en la unidad coronaria es muy probable que la razón sea el miedo subyacente. Nada destruye tanto la personalidad o la conducta como el pánico. Por otra parte, cuando los pacientes se tornan imposibles de manejar cuatro o cinco días después del ingreso a la unidad y no ha ocurrido ningún suceso nuevo ni aterrador, su conducta probablemente refleje un estilo de vida de afrontamiento del estrés. Al contrario de los pacientes que se encuentran aterrizados cuando ingresan, es poco probable que los que muestran problemas de personalidad más tarde se conviertan en favoritos de los miembros del personal; no importa cuánto permanezcan en la unidad. Por naturaleza, estos pacientes típicamente han manejado las amenazas a su autoestima con hostilidad o intimidación machista y cabe esperar que sigan haciéndolo en una unidad de cuidados coronarios. Es posible que estos pacientes suspendan los manejos interpersonales regresivos o manipuladores mientras su vida corra peligro porque la amenaza de muerte es más importante e inmediata que el temor a lo más como la dependencia. Shoemaker (1996)

La hospitalización en la unidad coronaria siempre se asocia con una enfermedad potencialmente fatal. Aun después de que el miedo a la muerte haya dejado de rondar su conciencia, los pacientes pueden sentir temor de quedar lisiados por la enfermedad o por sus tratamientos. Este temor puede adoptar muchos disfraces: tanto la verborragia como

las crisis de ira, la paranoia y el aislamiento silencioso son conductas típicamente causadas por el miedo Shoemaker (1996)

Por lo que las Unidades Coronarias deben ser un lugar silencioso tranquilo sosegado preferiblemente habitaciones individuales que aseguren la intimidad, compatible con la función de control. En general se limitan las visitas durante los primeros días de enfermedad y las influencias externas (p.ej. radios periódicos) se reducen al mínimo. Un reloj de pared, un calendario y una ventana al exterior ayudan al enfermo a orientarse y evitan la sensación de aislamiento.

La negación permite que los pacientes agudamente enfermos eviten el pánico al minimizar o evitar las implicaciones amenazantes de su enfermedad. Si se establece el pánico el paciente puede sentir el impulso de escapar por ende la amenaza de huir refleja especialmente el temor y la ansiedad. Si bien la amenaza de marcharse puede significar que un individuo no toma en serio la enfermedad, debe presumirse que constituye una manifestación de pánico a menos que se pruebe lo contrario. Shoemaker (1996)

Dado que estas personas están desesperadas y muchas veces actúan de forma irracional surge el antagonismo cuando se realizan esfuerzos por detenerlas. Los pacientes no deben ser amenazados si se les debe dar la idea de que están acorralados es esencial abordaje suave. Es probable que sea más eficaz sentarse en una silla de modo de quedar a una altura más baja que el paciente hablar con voz suave y tranquila y destacar los aspectos positivos del tratamiento propuesto.

Para Luban Plozza (1997)

la actividad cardiaca y la vida afectiva estan intimamente ligadas Ya en la Antigua Grecia se consideraba que el corazon guardaba los afectos y las pasiones considerado el organo de la ira. De igual forma Platon veia en el espacio existente entre el cuello y el diafragma el cobijo de la colera, la valentia y la honra. Ademàs consideraba que el corazón era una especie de central de alarmas cuya tarea consistia en avisar por si desde el exterior o por el propio interior que las ambiciones se habia puesto en marcha «algun atentado en contra del Todo» (p 39)

Más tarde William Harvey describió en su obra *Exercitatio anatómica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (1628) lo siguiente *«Todo lo que afecta a la mente que se siente bien con dolor o placer esperanza o miedo es la causa de una agitación cuya influencia se extiende hasta el corazón»* Luban Plozza (1996)

La cardiopatía isquémica es una enfermedad psicosocial por excelencia, mejor aun, es paradigmáticamente representativa del modelo biopsicosocial del proceso salud/enfermedad. Representa el punto de inflexión de un largo recorrido donde la inadecuación de los hábitos alimenticios el consumo de ciertos tóxicos las actitudes personales ante la vida, en lo social y en lo laboral la soledad y la reactividad emocional en una persona y circunstancia concreta, desembocarán en la obstrucción coronaria que al hacerse consciente al propio individuo a través de los síntomas de la enfermedad precipitarán una nueva cascada psicodinámica, esta vez más enraizada aun en lo emocional con la depresión y ansiedad reactivas como protagonistas incrementando a su vez el riesgo de recidiva.

(f) Experiencia, emoción y conducta en la enfermedad coronaria

Los pacientes reaccionan a las enfermedades segun las experiencias que hayan tenido en su vida y el punto hasta el cual se vea afectado su funcionamiento normal. La motivación al paciente y los mecanismos de defensa son recursos valiosos para la aceptación de la enfermedad. La función de la enfermera es de apoyo a los esfuerzos del paciente por adaptarse a su nueva vida, facilitar el desarrollo de las capacidades y habilidades de adaptación y ayudar al paciente a eliminar cualquier conducta de inadaptación.

El estrés psicosocial actúa como factor de riesgo de la enfermedad coronaria de forma directa a través de los cambios en el sistema biológico que produce el mismo estrés y que afecta la salud, y de forma indirecta incrementando hábitos de comportamientos no saludables. En la primera, la respuesta fisiológica al estrés por una activación generalizada del organismo que implica la liberación de hormonas (catecolaminas y corticosteroides) por el sistema endocrino, y la segunda, hábitos que en su inicio representan modos de afrontamiento que a corto plazo tendrían eficacia, pero que a largo plazo producirían efectos negativos. Nieto-Munuera (2004).

Una activación del sistema nervioso simpático y cortisuprarrenal frecuente, duradera e intensa en respuesta al estrés, con movilización o liberación importante de lipoproteínas (triglicéridos, cristales de colesterol, ácidos grasos) en mayor cantidad de la que es metabolizada habitualmente, facilitaría la formación de depósitos de grasas en las coronarias y el desarrollo de ateromas, dañando directamente el tejido del corazón. Nieto-Munuera (2004).

Además estos enfermos evalúan los acontecimientos como más estresantes y el entorno como más amenazador en cuanto a la pérdida de estatus. Esta enfermedad se encuentra especialmente asociada a sucesos de tipo laboral, así la sobrecarga de trabajo es un buen predictor de los eventos coronarios, específicamente en las ocupaciones caracterizadas por alta demanda y bajo control. Otros factores psicosociales están relacionados con el pobre apoyo social y con una deficiente y conflictiva comunicación familiar. Nieto Munuera (2004).

El estudio de las autoras Cazorla y Artigaos (2004) "La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario: estudio longitudinal transversal comparativo al alta hospitalaria del primer evento de cardiopatía isquémica y dos años después". Basan su marco teórico en que los pacientes con estas enfermedades presentan actitudes psicológicas de afrontamiento: la negación y la agresividad, asociadas no tan solo a las características de la personalidad tipo A, sino a la depresión pos IAM. Plantean que existen diferencias en la forma en que cada persona recibe, elabora y pone en práctica una determinada información. Y concluyen que el paciente crea su propio esquema cognitivo sobre la enfermedad y sus determinantes actuando de forma diferente en cada caso.

En ciertos patrones de afrontamiento del estrés está presente una elevada reactividad cardiovascular y neuroendocrina, así ocurre en el denominado patrón de conducta tipo A, en el tipo B y en el síndrome IHA (ira, hostilidad, agresividad), considerados como factores de riesgo coronario.

Nieto Munuera (2004) define el patrón de conducta tipo A como un

complejo acción emoción que se manifiesta en aquellas personas comprometidas en un afán crónico por conseguir un número ilimitado de metas pocas definidas en el periodo más corto de tiempo e incluso oponiéndose a otras personas o cosas que comparten su mismo entorno (p 202)

Según este autor las características de este tipo de conducta y sus estrategias de afrontamientos son bien variables y las mismas están resumidas en la figura 8

Fig 8 Patrón de conducta tipo A

Características	Afrontamiento
1 Movimientos rápidos, tensión muscular facial tono de habla enérgico gesticulación excesiva y aire de impaciencia.	1 Tendencia a percibir un número mayor de situaciones como amenazantes y competitivas
2 Manifestaciones compartamentales de carácter complejo como exceso de ambición agresividad, impaciencia y competitividad	2 Búsqueda activa de situaciones con cierto grado de desafío
3 Reacciones emocionales de ira y hostilidad cuando se obstaculiza la consecución de sus metas	3 Tendencia a sobrecargarse de actividades e implicarse en múltiples tareas a plazo fijo
4 Sistema de creencias y valores de marcado carácter sociocultural como miedo al fracaso o una constante necesidad de probar su valor personal	4 Necesidad de reconocimiento social y competencia.
	5 Propensión a acelerar la ejecución de cualquier tarea.
	6 Extraordinario estado de alerta mental y física.
	7 Niveles altos de agresividad y hostilidad como reacción a la frustración

Fuente Psicología para ciencias de la salud J Nieto Munuera

Los estudios epidemiológicos de Framingham entre los más principales llegaron a las conclusiones de que las personas calificadas como tipo A tenían aproximadamente el doble de probabilidad de contraer enfermedades coronarias que el tipo B es decir el patrón de conducta tipo A, era un buen predictor de reinfarto Nieto Munuera (2004)

Los elementos psicológicos destacables del patrón de conducta tipo A corresponden a la *impaciencia urgencia implicación sobrecarga laboral y el complejo de hostilidad* que a continuación se describen en la figura 9

Fig 9 Elementos psicológicos del patrón de conducta tipo A

<ul style="list-style-type: none"> • Impaciencia urgencia sensación crónica de urgencia que invade el ámbito de la vida personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para mantener la atención centrada en un tema Hábito automatizado de no focalizar la atención, realizando dos actividades físicas de distinto orden • Ocupan el pensamiento en solucionar problemas pendientes • Muestran inquietud ante períodos de inactividad suprimen vacaciones alargan la jornada laboral Reaccionan con impaciencia y hostilidad cuando se ven obligados a detener el ritmo de actividad autoimpuesto Les cuesta trabajo aceptar las dificultades objetivas del entorno y adaptarse a ellas • Presentan ansiedad anticipatoria, este proceder somete al organismo a constantes descargas neuroendocrinas
<ul style="list-style-type: none"> • Implicación sobrecarga laboral la vida laboral ocupa un lugar central, es un medio de autoafirmación ante sí mismas y ante los otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Se preocupan por la rentabilidad, por la rapidez y el control La satisfacción laboral derivada del <i>status</i> logrado es considerable Presentan estados de distrés y esfuerzo con importante riesgo biológico y mayor activación simpático-suprarrenal (secreción de catecolaminas y cortisol y consecuente aumento de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y vasoconstricción)
<p>El complejo hostilidad cólera o ira, hostilidad y agresividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cólera o ira. estado emocional formado por sentimientos que pueden variar desde la simple irritación hasta la furia, con un sistema neurovegetativo propenso a activarse en circunstancias que suscitan frustración Los individuos con enfermedades cardiovasculares tienden especialmente a la cólera no expresada con evidencia de variaciones en la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, así como en la frecuencia respiratoria. • Hostilidad reúne el conjunto de creencias y temores que son el núcleo cognitivo del mismo • En sujetos coléricos la hostilidad origina descargas del sistema simpático que actúan sobre efectores vasculares Agresividad desvirtuar los logros ajenos minar la fiabilidad de los resultados de los demás disminuir los esfuerzos de los otros desacreditar sus ideas y negar a los demás la atención o ayuda que precisan.

Fuente Psicología para ciencias de la salud J Nieto Munuera

El patrón de conducta A es un constructo de naturaleza dimensional configurado por actitudes y conductas funcionalmente heterogéneas que hacen pensar en la existencia de diferencias psicológicas. El patrón A, con alta probabilidad de presentar cardiopatía isquémica, sería un sujeto impulsivo y disperso con baja autoestima y de alta reactividad emocional que tendería a la desconfianza y el resentimiento y actuaría regulado por motivaciones de competencia, con un bajo nivel de logros.

Las consecuencias psicosociales de la cardiopatía isquémica son variadas, las repercusiones del infarto de miocardio en la actividad cotidiana del paciente dependen, fundamentalmente, del tamaño de la zona afectada. Sin embargo, la parte del miocardio sana permite realizar adecuadamente su función sin que el infarto afecte el desarrollo de la actividad habitual de los pacientes. A pesar de ello, los pacientes tras un infarto de miocardio presentan problemas frecuentes de ansiedad y depresión. Nieto Munuera (2004)

En el mismo estudio de Cazorla y Artigaos (2004) desarrollan el constructo del patrón de conducta A en pacientes con cardiopatías isquémicas como *individuos que en la fase aguda de la enfermedad se creen capaces de modificar los factores de riesgo ya que además se ven afectados por la inmediatez del evento. Protegidos por la familia y los profesionales de la salud, pero pasado un tiempo se tendrán que enfrentar con la vida cotidiana, el medio laboral, las influencias de los medios de comunicación, el paso del tiempo y experiencias similares cercanas*

Los pacientes con infarto agudo de miocardio en su mayoría padecen tras él una depresión mayor grave y a menudo recurrente. La constancia de que la depresión afecta al pronóstico del periodo que sigue al infarto es creciente. Las personas con depresión

pos infarto tienen un riesgo mayor de episodios cardiacos posteriores entre ellos nuevo infarto y hospitalizacion, en comparación a los pacientes sin depresión. Los pacientes con depresión presentan un elevado nivel basal de catecolaminas circulantes y muestran una respuesta exagerada al estrés exógeno con una produccion de catecolaminas anormalmente activa. Ambos elementos de un metabolismo anormal de las catecolaminas probablemente tengan efectos significativos sobre la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y el consumo de oxigeno del miocardio También se ha documentado aumentos en la agregacion plaquetaria en pacientes deprimidos con enfermedad arteriocoronaria. Estos efectos conjunta o independientemente pueden incrementar el riesgo de isquemia y activar sindromes de inestabilidad coronaria

Ademas de los riesgos biológicos los pacientes deprimidos presentan comportamientos que pueden influir negativamente en su pronóstico a largo plazo Entre ellos están la baja adherencia a la medicación prescrita y a las terapias cardioprotectoras y la escasa probabilidad de modificar los factores de riesgo cardiaco

(g) La ansiedad y el síndrome coronario agudo

La ansiedad es extraordinariamente frecuente en pacientes con síndrome coronario agudo con una incidencia cercana al 50% entre los pacientes de la unidad de cuidados coronarios La ansiedad puede producir variadas respuestas psicologicas y diversos estudios muestran que los pacientes con infarto agudo de miocardio y un elevado nivel de ansiedad intrahospitalaria tenían entre 2.5 a 5 veces mas riesgo de isquemia

recurrente reinfarto o muerte en comparación con los pacientes con infarto de miocardio sin niveles elevados de ansiedad Nieto Munuera (2004)

Por ejemplo el estudio *variable psicológicas asociadas a las patologías isquémico cardiovasculares* de Sebastian Urquijo et al (2003) Un estudio de género tipo exploratorio cuyo objetivo fue realizar un análisis de las diferencias de género de un conjunto de características psicológicas de sujetos internados en Unidad Coronaria a causa de algún episodio isquémico agudo (angina inestable o infarto agudo de miocardio) Las variables analizadas rasgos y trastornos de personalidad, hostilidad estrategias de afrontamiento y apoyo social fueron evaluadas con el fin de proporcionar información útil para identificar áreas de vulnerabilidad que pueden aumentar la probabilidad de aparición de problemas isquémicos-cardiovasculares

Los resultados indicaron que los niveles de hostilidad el apoyo social percibido y la frecuencia de uso de casi todas las estrategias de afrontamiento no presentan diferencias significativas en hombres y mujeres Con respecto a los rasgos y los trastornos de personalidad se observó una marcada prevalencia (equivalente al doble) del trastorno compulsivo en las mujeres a pesar de que fue también el más frecuente en los hombres

La ansiedad parece estar relacionada con la muerte cardíaca súbita, y alteraciones del ritmo cardíaco los pacientes con ansiedad muestran evidencias de alteración en el equilibrio del sistema nervioso autónomo caracterizado por un desequilibrio del sistema nervioso simpático que lo lleva a una excesiva producción de catecolaminas Se cree que tanto el deterioro de la respuesta baroreflexa como la disminución de la variabilidad de la tasa cardíaca que se constatan en pacientes con ansiedad, son marcadores sensibles

de trastornos de la regulación cardiovascular autónoma y factores independientes de riesgo de muerte súbita cardíaca.

En general se observa la presencia de cogniciones disfuncionales relacionadas con el hecho de haber sufrido un infarto de miocardio y con las consecuencias que el paciente atribuye a éste: miedo a padecer un nuevo ataque, a morir por causas cardíacas, preocupación por la salud, sentimientos de invalidez, baja autoestima e incontrolabilidad de la propia vida, incertidumbre acerca del futuro y culpabilidad por la conducta anterior al infarto.

Es esencial por parte de la enfermera, realizar una evaluación detenida de las cogniciones del paciente que ha padecido infarto de miocardio desde los primeros días después del episodio, porque las reacciones de negación de las consecuencias del propio infarto desembocan en la falsa apreciación de una situación favorable con ausencia de síntomas clínicos de tal estado emocional y el consiguiente retraso en la intervención necesaria. Siendo los principales problemas de la readaptación funcional los derivados de la futura incorporación laboral, los cambios en la actividad sexual y en las actividades sociales y de ocio.

Los pacientes con mayores niveles de ansiedad y depresión, muestran tasas de reincorporación laboral tres o cuatro veces inferiores a las de quienes no padecen estos trastornos. De acuerdo a Nieto-Munuera (2004) los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio presentan frecuentemente problemas en su reincorporación laboral tanto por déficit de actividad debido a la incapacidad de volver a asumir las tareas habituales como por exceso de ella, al no realizar el ajuste necesario para que la rehabilitación se produzca con garantías para la salud.

Referente a los cambios en la actividad sexual los cambios observados en el paciente estan relacionados a variables como la ansiedad la depresión, la presencia de sintomas somáticos y la preocupacion por la salud Para Nieto Munuera (2004) entre el 19 y el 15% de los pacientes presenta impotencia sexual secundaria tras el infarto y entre el 40 y el 70% informan de una disminución de la frecuencia o calidad de la actividad sexual

Por lo general tras el infarto de miocardio puede producirse una disminuci3n del nivel habitual de actividad del paciente cuyo comportamiento parece caracterizarse a menudo por pasividad, dependencia y por la adopci3n del papel de enfermo Es habitual observar conductas de retraimiento social no sólo en el periodo inmediatamente posterior al alta hospitalaria, sino también más adelante o durante la recuperaci3n postinfarto En esta área debe contemplarse la calidad del apoyo social percibido por el paciente ya que en algunos casos se agudizan conflictos afectivos y familiares con una seria repercusi3n para el estado emocional y la recuperaci3n del paciente

Muchos pacientes desarrollan tras el infarto una conducta de adaptaci3n a la enfermedad caracterizada por una excesiva preocupaci3n y actitudes hipocondriacas con sintomas somáticos funcionales relacionados con el coraz3n disnea, dolor torácico dolor del brazo izquierdo fatiga, palpitaciones etc

En ocasiones son las combinaciones de manifestaciones de un equivalente depresivo y somático caracterizadas las primeras por déficit biológico variado (apatia, cansancio dolores localizados anorexia, insomnio medio pérdida de peso) y las segundas (disnea, sensacion de ahogo opresi3n toracica y taquicardia) las que focalizan la atenci3n del paciente actuando como un servocontrol que recuerda la lesion y produciendo temor a un nuevo infarto y a la muerte

Durante la fase aguda las intervenciones estaran enfocadas a mejorar el mecanismo adaptativo fisiológico que protege de los efectos nocivos del distres que produce la percepcion de la realidad Por lo que es necesario proporcionar una asistencia integrada basada fundamentalmente en la consideración de que el enfermo padece una enfermedad cronica que conlleva cambios significativos en los hábitos de vida, y que para superarla ha de afrontar tales cambios mediante las habilidades adecuadas que le permiten alcanzar un estilo de vida más satisfactorio y saludable

El modo de funcionamiento de la respuesta de estrés se acuña a un esquema en tres fases alarma, adaptación y agotamiento

Alarma. la conciencia celular recoge información, a través de los nocirreceptores ubicados en la piel oídos, barorreceptores ojos etc liberando mediadores humorales en la comunicacion intercelular de las reacciones inmunologicas y de la inflamación, como el factor de necrosis tisular (TNF) o interleucinas (IL) Toda la información sensorial se transmite hasta el talamo donde se realiza una valoración primaria (a modo de triage) y si es urgente la amigdalita toma la iniciativa para dar respuestas Si no es urgente la informacion pasa del tálamo a la amigdalita y otros circuitos del cerebro emocional hasta llegar a los lóbulos prefrontales Todas las estructuras trabajaran en este caso en equipo para dar una respuesta más elaborada, más inteligente La reaccion sería adaptativa si se recupera la homeostasis

Adaptación en esta fase se realizan los reajustes oportunos para responder con eficacia a las demandas de la situacion Cuando sucede algo estresante o se tienen pensamientos de este tipo el hipotalamo segrega hormona liberadora de corticotropina (CRF) en el sistema circulatorio de hipotálamo-adenohipófisis en aproximadamente 15

segundos se activa la adenohipófisis y se libera la hormona adrenocorticotropa (ACTH). Una vez en el sistema circulatorio se dirige a las suprarrenales y en unos minutos se activa la secreción de glucocorticoides. Esto unido a las secreciones del sistema nervioso simpático (adrenalina y noradrenalina) y a otras hormonas (por ejemplo catecolamina glucagón) produce un catabolismo exagerado de lípidos y proteínas, un aumento del gasto cardíaco, un trastorno de utilización de la glucosa. Esto se traduce en un aumento de ácidos grasos libres, aminoácidos y cuerpos cetónicos, balance nitrógeno negativo e hiperglucemia. También la hipófisis segrega prolactina que inhibe la actividad reproductora (durante el estrés).

En diversas regiones del sistema nervioso se liberan endorfinas y encefalinas que aumentan el umbral del dolor. La vasopresina (hormona antidiurética) segregada por la hipófisis provocaría un aumento de la volemia y por tanto un aumento de la presión arterial. En estas circunstancias se inhiben la secreción de insulina, prostaglandinas y hormona del crecimiento intracelulares.

Aumenta la memoria y la síntesis de proteínas del estrés como mecanismo defensivo modulando la configuración espacial de otras proteínas y regulando el transporte de moléculas entre los distintos compartimientos intracelulares.

Sin embargo el patrón de respuesta no es tan consistente. En general los agentes estresantes físicos masivos implican los cambios esbozados anteriormente aunque la velocidad y la magnitud del cambio en la secreción de una hormona concreta varían en función de la persona y del agente estresante (firma hormonal).

Agotamiento llegamos a esta fase cuando tras percepción de una situación estresante nuestra capacidad de reacción es desbordada y mantenemos niveles altos de activación fisiológica durante largo tiempo lo cual predispone a la persona enfermar. Los puntos de las paredes del vaso sanguíneo se producen bifurcación, son muy vulnerables a las lesiones aquí se soportan las máximas presiones del flujo sanguíneo. Con la presión arterial elevada y mantenida durante periodos de tiempo largos (en situaciones de estrés repetido) estos puntos de bifurcación se van desgastando (el endotelio comienza a desgarrarse y agujerarse). Después los ácidos grasos, iones calcio y la glucosa quedan adheridos en estas zonas también por la acción de la adrenalina aumenta la probabilidad de que las plaquetas circulantes se agrupen por debajo de la capa ulcerada. De esta forma los vasos comienzan a obstruirse **aterosclerosis**. Cuando el sistema vascular ha sufrido daños parece ser extremadamente sensible a los agentes estresantes agudos.

La **arteriosclerosis**, miedo, agresividad sostenida y no expresada son factores de riesgo de serios problemas como infarto agudo de miocardio, angor, fibrilación ventricular y muerte súbita. Estos hechos están relacionados con la personalidad 'tipo A' o personas que tienen serias dificultades para expresar saludablemente sentimientos de cólera, viven en un continuo contrarreloj y son competitivos en exceso.

En lo referente a la sexualidad, en las personas estresadas de forma casi permanente no se libera el factor liberador de gonadotropinas (GnRF) por lo que la adenohipofisis no es estimulada para que segregue hormona luteinizante (LH) por lo que entonces tampoco existe secreción de testosterona ni hormona folículo estimulante (FSH). Estos cambios hacen que en la mujer no se produzcan los ciclos sexuales y en el hombre no haya espermatogénesis. El nerviosismo extremo y la ansiedad lo cual implica la estimulación

del sistema nervioso simpático impide la erección y la excitación sexual. De este modo el estrés actúa sobre las dos dimensiones de la sexualidad: reproductora y placentera.

(h) El paciente con ansiedad

Los problemas de ansiedad configuran un grupo heterogéneo de entidades que tienen en común sensaciones exageradas e injustificadas de angustia.

La ansiedad es una energía, no puede observarse directamente lo que puede notarse son sus efectos caracterizados por una preocupación excesiva e incontrolable con respecto a todos los sucesos o actividades cotidianas desencadenadas cognitivamente a través de eventos comunes del individuo tales como estudio, negocios, desempeño laboral, relaciones familiares, etc. Tales manifestaciones están presentes la mayor parte de los días durante periodos prolongados lo que se hace un mecanismo adaptativo.

También se acompañan por irritabilidad, dificultades en la concentración, fatiga, tensión muscular e insomnio. Así mismo los signos automáticos como diaforesis, dolor precordial, sensación de boca seca, palpitaciones y manifestaciones gastrointestinales diversas suelen ser comunes.

Es frecuente en los pacientes las quejas somáticas relacionadas con la hiperactividad autonómica (como palpitaciones, opresión torácica o disnea, entre otros). En la crisis de pánico el aspecto más sobresaliente es una intensa sensación de miedo que aparece de manera súbita, asociada con otros síntomas como taquicardia, palpitaciones, diaforesis, temblor, disnea, dolor torácico, náusea o vértigo.

El individuo también tiene percepciones erróneas de sí mismo o del entorno referidas como ideas de desrealización (sensación de que lo que está sucediendo es irreal) o despersonalización (siente que está separado de su cuerpo). También son frecuentes las sensaciones de muerte inminente y de temor a perder el control.

En general, tales crisis aparecen de forma espontánea e inesperada, o bien desencadenadas por estrés emocional, actividad física o por consumo de alcohol, cafeína o tabaco. El curso es agudo, alcanzando su máxima intensidad en diez minutos, una fase de resolución rápida, que no excede los 60 minutos. La frecuencia de los ataques es variable y oscila entre varios episodios diarios hasta pocas crisis en el año.

Los pacientes con ansiedad también exhiben una disfunción en el sistema serotoninérgico. El núcleo del rafe dorsal representa la principal fuente de serotonina y es una estructura que establece amplias conexiones con la corteza cerebral, sistema límbico, tálamo, hipotálamo y ganglios basales, a través de las cuales ejerce una influencia marcada sobre la conducta y los estados de ánimo. Uno de los aspectos que mayor atención ha recibido es la disfunción de los circuitos gabaérgicos.

El neurotransmisor GABA ejerce efectos inhibitorios sobre las sinapsis serotoninérgicas y noradrenérgicas a través de los receptores GABA que al ser estimulados forman poros a través de los cuales penetran iones de cloro que hiperpolarizan la célula. Los pacientes con trastorno de ansiedad permanecen en un estado de hipervigilancia y tensión interna. Las estructuras involucradas en este comportamiento incluyen al locus coeruleus y núcleo del rafe dorsal.

En una etapa ulterior cuando el sujeto ya está en contacto con el estímulo agresor es activado la amígdala cerebral y el hipotálamo medial. Dicha activación desencadena una serie de procesos neuroquímicos responsables de los síntomas somáticos y los cambios comportamentales y en el estado de ánimo que exhiben tales individuos.

(i) Características del paciente coronario

En el paciente coronario la ansiedad se manifiesta en niveles de intensidad variable. Las tendencias en estos enfermos es sostener el evento cardíaco como vivencia exclusiva, a un marcado narcisismo a través del cual tienden a centralizarse en forma desmedida una conducta adictiva muy marcada. Observable en el consumo de tabaco, drogas, adicción a la comida, acumulación de numerosas pérdidas a lo largo de su vida, que son reactualizada por una pérdida significativa caracterizada por un desplazamiento como mecanismo de defensa (IAM) como exteriorización de esas pérdidas.

Estas características están relacionadas con las vivencias individuales y grupales del enfermo coronario influenciadas primariamente por las diferencias de género en donde la impronta del evento provoca en el sujeto una vivencia amenazadora a su cuerpo sano iniciando un proceso de duelo por el mismo. De acuerdo al marco referencial revisado se resumen las características del paciente coronario en la Figura 10.

Fig 10 Características del paciente coronario

Características	Descripción
Diferencias de género	<p>MUJER</p> <p>Manifiesta su depresión Aparecen los síntomas entre los 50 y 60 años inculándose a factores hormonales Son más cuidadosas respecto a la medicación, consultan más al médico Durante la hospitalización controlan que la enfermera cumpla con los horarios en que deben ser suministrados los mismos Inciden más problemas de índole familiar</p> <p>HOMBRE</p> <p>Tiende a la negación, es más temeroso ansioso irritable, agresivo y demandante Factor económico es un fuerte condicionante de estrés La omnipotencia y negación impiden acercarse más al médico Hay en ambos deterioro en los vínculos matrimoniales, en donde aparecen relaciones paralelas y/o relaciones censurables en algún sentido</p>
La autoestima	<p>La enfermedad coronaria produce incapacidad en la función familiar laboral o social La disminución laboral representa un detrimento para su valoración personal se siente inútil e improductivo La inminente pérdida laboral manifiesta sentimientos de marginalidad, exclusión.</p>
Su relación de pareja	<p>Convergen tres modelos individuales, diádicos y socio-culturales Se perpetúan modelos infantiles de dependencia. Adoptan comportamientos meramente regresivos evadiendo o rechazando actitudes que impriman madurez en el vínculo Demandan del matrimonio una atención constante desde un posicionamiento pasivo y/o dependiente</p>
Características del vínculo	<p>Durante la hospitalización la pareja solicita información acerca de la enfermedad del cónyuge en la sala o en los pasillos La enfermedad inesperada provoca cambios en la relación de pareja y en las relaciones familiares Estos pacientes son aficionados al trabajo comparten poco con la pareja y su familia. No están acostumbrados a compartir mucho tiempo en pareja, lo cual aflora la ansiedad poniéndose de manifiesto malestar e intolerancia en el vínculo</p>
Hospitalización	<p>Ingresa al hospital por el Cuarto de Urgencias y es internado en una Unidad Coronaria. Resisten la primera vez la posibilidad de enfrentar una entrevista con la enfermera. Desarrolla mecanismo defensivo de negación está en una situación de regresión El médico es idealizado como padre fuerte y protector que lo ha rescatado de la muerte La enfermera cumple la función de nexo es la que tienen más a mano todo el tiempo El hospital es un lugar donde el enfermo recibe cuidados intensivos, atención y protección necesarias</p>
Entramado familiar	<p>Hay sobreprotección del paciente, pérdida del equilibrio del individuo y de su entramado familiar Hay cambios en la estructura jerárquica Sirve de sostén para reflexionar las causales del evento vascular y la necesidad de establecer cambios en sus hábitos de vida. Permite adquirir un mayor conocimiento de la enfermedad de tal manera que influya en un mejor pronóstico para el enfermo</p>

Fuente Psicología para ciencias de la salud J Nieto Munuera

Resalta la importancia de una constitución de una pareja heterosexual como elemento nuclear potencial de una familia, y en donde la pareja del enfermo se constituye en una variable muy importante a tener en cuenta desde el abordaje inicial del paciente. Otra característica importante del enfermo coronario a considerar es su relación durante el período de hospitalización y su relación con el personal de salud, el entramado familiar y el impacto de la enfermedad coronaria en los pacientes con infarto agudo del miocardio.

Las diferencias de género en el comportamiento de los pacientes con IAM demuestran que no hay cifras significativas en ambos sexos. Los niveles de hostilidad, el apoyo social percibido, los niveles de alexitimia y la frecuencia de uso de casi todas las estrategias de afrontamiento no presentan diferencias marcadas en hombres y mujeres, tal como se demuestra en el estudio realizado por Urquijo et al (2003) sobre "Variables psicológicas asociadas a la patología isquémico cardiovascular. Un Estudio de Género".

También queda sujeta la institución, como objeto de idealización, frente a semejante situación de desvalimiento y limitación que le es impuesta por la irrupción de la enfermedad, el paciente reviste a la institución de un afecto muy particular. Es entonces un lugar posible para la vida, desarrollándose lo que comúnmente llamamos transferencia institucional, que en éstos casos es masiva e indiferenciada y está vinculada y sostenida por la transferencia hacia los profesionales, así como éstos forman parte del soporte de la transferencia institucional.

Durante el período de hospitalización que dura aproximadamente de siete a diez días, si no aparecen complicaciones del cuadro, se han observado dos etapas: un primer momento estaría delimitado por su estadía en salas de Unidad Coronaria, en donde el

paciente muestra una imagen de indefensión y desvalimiento importantes luego de días de internación han tomado cierta conciencia del nivel de gravedad del cuadro y sus posibles consecuencias potencialmente graves de haber sufrido un infarto de miocardio. Se preocupan muchísimo por su salud están como muy pendientes del monitor el paciente cardíaco muestra aquí un miedo difuso y generalizado al entorno a las pulsaciones a los sonidos la planta física tiene una influencia considerable ya que las luces permanecen encendidas durante las 24 horas los niveles de ruido que se manejan en terapia suelen ser elevados sumado al desanudo que deben enfrentar que los inhibe bastante dado que por lo general el paciente cardíaco tiene un nivel de represión importante.

En un segundo momento cuando los síntomas de malestar paulatinamente han ido cediendo dando paso a una sensación de bienestar total el paciente cardíaco adopta ahora una postura de cierta omnipotencia, comienza a asentarse nuevamente en un mecanismo de negación niega no sólo que padece una enfermedad sumamente delicada por su evolución y gravedad, sino también los factores de riesgo que la anteceden y condicionan, así como la disciplina que deben realizar con rigurosidad para mantener la enfermedad controlada. El paciente cardíaco promete cumplir con todas las indicaciones médicas muestra todas sus promesas de cambios de hábitos nocivos cambios de estilos de vida que llevaron a enfermarlo postura ante la vida, y todo hace suponer en sus verbalizaciones gesticulaciones y actitudes de aparente reflexión que así será. Ellos están convencidos durante ese tiempo que así será, pero lo que aparece luego es que les cuesta mucho poder sostenerlo aparece el autoengaño como forma de negación. Se trata

de pacientes que suelen probarse a sí mismos desafiando a la autoridad de manera omnipotente y negadora.

Hay otros mecanismos de defensa en el paciente coronario pero de menor intensidad y con cierta alternancia, por ejemplo evasión, aislamiento represión, regresión intelectualización es muy interesante escuchar las teorizaciones del paciente acerca de su historia personal o de la enfermedad coronaria misma, dando la imagen de que lo tienen todo claro

El principal duelo por el que debe atravesar el paciente cardíaco es el de la pérdida de salud, que se encuentra soslayado apareciendo como relevante y manifiesto el duelo por la pérdida de trabajo y su concomitante repercusión dentro de la economía familiar ya que lo expone a su vez, a un sinnúmero de otras pérdidas económicas status independencia, etc que lo sitúan en posición de trasgresor aun en áreas en que no lo es éste hecho por otra parte complica el cuadro debido a que incrementa el nivel de estrés tanto del paciente como de la familia

El impacto de la enfermedad en el sistema familiar responde ante la emergencia de la crisis con una movilización intensa de recursos físicos cuidados asunción de roles y funciones del paciente La sobreprotección del paciente es una respuesta a la emergencia que se observa con frecuencia, se exime al paciente de realizar cualquier tipo de esfuerzo de índole física o intelectual El paciente vive la sobreprotección como limitadora de su vida, el forcejeo consiguiente entre lo que el paciente puede y no puede hacer es una fuente de conflictos

El compromiso que provoca la enfermedad es total el impacto y alteracion sobre el devenir paciente y su familia es critica, hay una ruptura, una pérdida del equilibrio del individuo y de su entramado familiar

Una de las primeras maniobras en el trabajo o abordaje de estas situaciones es definir claramente la condición clinica del paciente y el tratamiento que deberia seguir

Es frecuente que un miembro de la familia asuma el cuidado de la persona, por lo general es la pareja quien ocupa este lugar Se producen en lo inmediato cambios estructurales en roles y funciones

La familia se ve obligada a negociar sobre los posicionamientos familiares que hasta ese momento viene desempeñando el paciente lo que mueve todo el mapa estructural familiar En todos los casos hay cambios en la estructura jerárquica, quien se hace cargo gana prestigio en la misma medida que el paciente lo pierde El tratamiento de la enfermedad cardiovascular requiere que el paciente realice grandes modificaciones en su comportamiento y accionar para evitar nuevas complicaciones Muchos cambios son referidos al ámbito laboral y el posicionamiento ante el mismo caracterizado por la hiperactividad, desatencion y descuido personal y familiar

El miedo que produce el cese o disminución de la actividad laboral se relaciona con pérdida del lugar de la productividad de la estabilidad económica, del lugar jerarquico en la familia y en su entorno laboral y o social con el agravante que estos pacientes ligan su identidad al rol

En este punto el lugar de la familia es fundamental actuando como pivote o sostén en este padecer que angustia su estructura, y paraliza Resulta sumamente saludable que dicho posicionamiento familiar acompañe los cambios que deben formularse en la vida

del paciente luego del evento vascular que puedan reflexionar junto al paciente acerca de los causales del enfermar y la necesidad de establecer cambios en sus hábitos de vida.

Observamos una respuesta favorable al tratamiento con una óptima adherencia terapéutica en pacientes en donde el conocimiento de la enfermedad era tomado como la herramienta o unidad fundamental para el control de la dolencia.

Aquellos pacientes con escaso compromiso al tratamiento adoptan un posicionamiento que niega la realidad impidiéndole aceptar el hecho de padecer una enfermedad crónica, sosteniendo una actitud pasiva donde el conocimiento de la enfermedad es depositado exclusivamente en el profesional de la salud que aunque indique distintas estrategias para su cuidado la responsabilidad fundamental de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recaen en el paciente y la ayuda familiar

De allí el carácter imprescindible del conocimiento y aprendizaje en el manejo de la enfermedad. A mayor conocimiento mejor pronóstico donde la percepción que se tiene del proceso salud-enfermedad determina un protagonismo del individuo en un posicionamiento positivo y favorable que le permite hacerse cargo de buena parte del cuidado de su salud

(j) La teoría interpersonal en la práctica de enfermería de la Dra. Hildegard Peplau

La Dra. Hildegard Peplau ha sido considerada como la madre de la enfermería psiquiátrica moderna. A inicios de los años 1950 Peplau introdujo el paradigma de las relaciones interpersonales para el estudio y práctica de enfermería

El paradigma se basaba en que la enfermera y el paciente participaban y contribuían entre sí en la guía terapéutica. Su teoría se derivó de las ideas de Maslow, Sullivan, Miller, Symonds y otros prominentes teóricos en el área de las teorías psicoanalíticas, aprendizaje social, motivación humana y desarrollo de la personalidad, enfocadas en las relaciones entre personas.

Peplau define el concepto de enfermera psicodinámica, como la habilidad de entender su propia conducta para ayudar a identificar en otros sus dificultades y poder aplicar los principios de relaciones humanas para abordar los problemas en todos los niveles de experiencia. Las bases de la teoría de Peplau, es entonces la relación enfermera-paciente.

Los pacientes al requerir de la asistencia hospitalaria, quedan envueltos en un ambiente hospitalario que generan sensaciones de enorme vulnerabilidad, conflicto, tensión e insatisfacción. El centro de la teoría se define como la relación humana de la enfermera, entre un individuo enfermo o necesitado de servicios de salud y la enfermera educadora, que reconoce y responde a la necesidad de ayuda. Su creencia básica es que las personas crecen y cambiarán cuando puedan aprender a soportar la ansiedad que va unida al análisis de las experiencias. Al mismo tiempo que se utilizan nuevas ideas y nuevas formas de responder a dichas situaciones.

Cibanal (2003) resume el concepto de relación de ayuda de la teoría de Peplau, como el profesional que ayuda al paciente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, afín de progresar en la elaboración y desarrollo de nuevas habilidades o nunca adquiridas. Para ello, el profesional ayuda a la persona a observar su comportamiento, describirlo detalladamente, analizarlo con él, formular claramente los resultados de su interpretación, validar con otros miembros del equipo esta formulación, verificar sus nuevos

comportamientos elaborar modos de funcionamientos más satisfactorios y utilizarlos en las situaciones cotidianas de la vida.

Peplau, describe cuatro fases que se traslapan durante la interacción enfermera paciente. Ellas son orientación, identificación, exploración y resolución. Durante la fase de orientación, el paciente percibe una necesidad sentida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda. En la fase de identificación, es la enfermera quien permite que el paciente explore y exprese sentimientos de ayuda sobre la experiencia de sufrir la enfermedad en la reorientación de sentimientos y en el fortalecimiento de fuerzas positivas en su personalidad.

La fase de exploración se caracteriza porque el paciente se identifica con las personas que le pueden ayudar en la relación. La enfermera facilita la exploración de las sensaciones para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivos de la personalidad y le proporcione la satisfacción que necesita. Este es un cambio vacilante entre la dependencia con la enfermera e independencia.

A través de la fase de resolución, el paciente se despoja de forma gradual de las viejas metas y adopta otras nuevas.

Peplau, describe seis roles de enfermería diferentes que pueden emerger durante la relación enfermera paciente. Ellas son: rol del extraño, rol de la persona de recurso, rol de maestra, rol de liderazgo, rol de sustituto y el rol de asesoramiento. La función de estos roles en la interacción interpersonal entre la enfermera y el paciente es promover el crecimiento y desarrollo de ambos. También describe Peplau cuatro experiencias

psicobiologicas que proveen energia que se transforman en algun modo de accion como lo son necesidad, frustracion, conflicto y ansiedad

El concepto de angustia es fundamental para la enfermería y se requiere de gran pericia para tratarla, puesto que el paciente es la persona más importante en la vida profesional de las enfermeras y apoyar emocionalmente al paciente es la combinación de sensibilidad intuición y conocimiento de enfermería que conducen la atencion centrada en el paciente

La relación de la enfermera con los pacientes, consiste en establecer la alianza terapéutica, mantener la capacidad de relacionarse y lograr los propósitos de la atencion Para ello precisa que la enfermera cuente con los conocimientos comprensión y autodisciplina necesarios y así también debe tener la sinceridad y libertad necesarias para revelar su personalidad como un ser humano a otro En esta relación, la enfermera es la mediadora entre las intervenciones tecnológicas y la persona que recibe esta intervención Para ello debe estar profundamente interesada y comprometida con ese ser humano que es el paciente

La relación persona persona, es el resultado de una serie de interacciones deliberadas y planeadas entre dos seres humanos es decir enfermera paciente Por ser la enfermera la persona más cercana al paciente su propósito será el proporcionar una relación personal en la cual su paciente pueda aprender estrategias de adaptación para afrontar el estrés de toda relación. En la figura 11 se enlista un plan de atención de enfermería empleando fases de la relación de ayuda El propósito fundamental es la capacidad de relacionarse en forma personal y creatividad, por los que las enfermeras necesitan estar conscientes de lo

que ocurre en las situaciones interpersonales enfermera paciente y estar alerta ante lo que éstas requieren

Fig 11 Atención de enfermería según fases de la relación de ayuda

Acción	Ejecución
Orientación Ayuda al paciente a desarrollar conciencia de sí mismo	Fijar atención en sí mismo y su comportamiento Enseña a estudiar su propia personalidad sus pensamientos sentimientos y acciones La enfermera toma nota de comportamientos y comparte sus observaciones con paciente
Identificación Atrae atención del paciente hacia su propio comportamiento	Estimula a que estudie objetivar su estado subjetivo de angustia al expresarlo con palabras El paciente logra describir elementos de su experiencia pensamiento sentimientos y acciones
Exploración Ayuda a integrar elementos de apoyo en una nueva síntesis	Aceptar angustia como símbolo de desarrollo y no de peligro Angustia impulsa verdad libertad, integración Huida/ataque anula verdad libertad integración Individuo aprende afrontar angustia y tolerar situaciones desagradables dispone de energía para la adaptación y el placer

Fuente Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud J Cibanal

En el contexto de la Teoría Psicomotriz de Peplau, podemos inferir en que la enfermedad coronaria abarca impedimentos a la interacción con otros como familiares y amigos y obstáculos al funcionamiento normal del organismo. El objetivo de la atención de la salud es restaurar la unidad funcional del cuerpo. El éxito de tal atención depende de la capacidad del organismo para adaptarse a los trastornos fisiológicos de la personalidad.

Los pacientes reaccionan a las enfermedades segun las experiencias que hayan tenido en su vida hasta el cual se vea afectado su funcionamiento normal Se han identificado algunas medidas que ayudan a fomentar la adaptación a las enfermedades

Conocimientos de la enfermedad/ Ayuda al paciente a desarrollar conciencia de sí mismo Las personas que sufren cambios en su estado de salud, pueden adaptarse más fácilmente cuando tienen conocimientos sobre la enfermedad y sus consecuencias La adaptación se puede lograr sólo cuando la persona sabe que es lo que ocurre La enfermera cumple una funcion al compartir información con los pacientes de modo que estos comprendan su enfermedad y se adaptan a ella y al cambio en su modo de vida que pueda originar

Identificación de las causas correctas de la enfermedad/ Atrae atención del paciente hacia su propio comportamiento Es necesario ayudar al paciente a identificar los factores que constituyen en su enfermedad de modo que puedan aprender a manejar sus efectos y adaptarse a ellos más satisfactoriamente Sentirse culpable de la enfermedad tiende a disminuir la capacidad para hacerle frente En su funcion docente la enfermera cumple una tarea importante al ayudar al paciente a comprender las causas de su enfermedad

Comparaciones con otros acerca de la enfermedad/ Permite integrar elementos de ayuda en una nueva sintesis Los pacientes tienden a facilitar su propia adaptación cuando comparan sus conocimientos y habilidades relativas al trastorno de salud con otros que padecen la misma enfermedad Los grupos de autoayuda de pacientes y sus familiares por lo general funcionan de manera eficaz al compartir informacion y brindar

aliento Parece especialmente útil que los enfermos vean que otra persona se ha adaptado con buen éxito a un problema similar al suyo

Posesión de los recursos necesarios para hacer frente a la enfermedad/Resolución Los recursos que se consideran en especial útiles para promover la adaptación a la enfermedad incluyen los de tipo económico la capacidad y las habilidades relativas a los cuidados de la propia persona, los mecanismos para hacer frente a la enfermedad y el apoyo emocional La ventaja evidente de los recursos económicos es que se pueden adquirir los servicios y tener un ambiente agradable cuando se dispone de fondos suficientes Por otra parte cada enfermedad requiere conocimientos y habilidades específicos para un ajuste eficaz, y las enfermeras pueden resultar particularmente útiles al enseñar las habilidades necesarias como las de cómo tranquilizarse durante la convalecencia y de qué manera compensar las limitaciones Cada vez hay más datos de que la falta de apoyo emocional origina un aumento en la vulnerabilidad a las enfermedades Es común que el simple hecho de saber que se dispone de ayuda haga que las personas puedan enfrentar las enfermedades Se ha descubierto que un factor decisivo para la recuperación del paciente y la adaptación a condiciones adversas que con frecuencia originan las enfermedades es el de tener a su disposición apoyo emocional Estas cuatro etapas las podemos resumir a través de la Escala de Ansiedad de Peplau, ver figura 12

Tabla 12 Escala de Ansiedad de Peplau

CAMBIOS FISIOLÓGICOS	HABILIDAD PARA OBSERVAR	HABILIDAD PARA MANTENER ALERTA	HABILIDAD PARA APRENDER Y ADAPTARSE
Leve +1 Moderada +2 Severa +3 Pánico +4 Estos efectos son dependientes del grado de ansiedad y en general en la ansiedad leve y moderada la persona hace uso de sus capacidades. Los grados de ansiedad severa y pánico la persona queda paralizada y hay un sobreesfuerzo en su capacidad y estructura. Se pueden dar cambios fisiológicos como aumento de la frecuencia cardíaca, incremento en el ritmo y profundidad de la respiración, cambios en la temperatura corporal, presión arterial y urgencia urinaria. Resequedad en la boca, pérdida en el apetito dilatación en las pupilas y aumento en la glicemia.	Leve +1 la persona está alerta. Se agudizan sentidos de audición y visualización. Moderada +2 disminuye la capacidad perceptual, pero se incrementa el nivel de atención en las cosas que hace. Severa +3 reduce grandemente y la habilidad para observar está muy dispersa. Pánico +4 hay terror temor aprensión. El foco de atención está alterado y una rápida dispersión gradualmente reducida.	Leve +1 despierto y nivel de atención posible. Moderada +2 tiene una inatención selectiva. Logra poner atención a las situaciones a su alrededor siempre y cuando otro observador haga el llamado de atención para el paciente. Severa +3 tendencia a manejarse de manera disociada para manejar el pánico. La persona no comunica lo que le sucede. Su situación puede ser observada por otros. Pánico +4 lo mismo que el punto anterior.	Leve +1 la persona observa, describe analiza, formula pensamientos y validez. Moderada +2 lo mismo que la anterior. Severa +3 con o sin la ansiedad severa, la persona obtiene conductas adaptivas inmediatas. Alivia, reduce y previene grandemente la ansiedad. Pánico +4 igual que el anterior.

Fuente Kolkaba, K (2003) Comfort theory and practice

En el estudio de la Universidad de Alicante (2010) *considera indispensable labor de enfermeras en atención de infartos* realizado por la profesora de Enfermería Carmen Solano la cual analiza la evolución que presentaron treinta de personas ingresados en la unidad de cuidados intensivos por IAM del Hospital del Elche los cuales emiten su opinión respecto al cuidado de las enfermeras cita la autora *el papel de las enfermeras es muy importante El verse rodeados de dispositivos y aparatos automáticos y con mucho personal sanitario atendiéndoles estrechamente les aporta una sensación de seguridad* Concluye finalmente en este estudio *una vez superada la fase crítica* y cuando el paciente está estabilizado las enfermeras tienen un proceso largo y lento para que éstos reconozcan aquellos hábitos o factores que les han llevado a padecer la dolencia y que actúen en consecuencia.

La motivación del paciente y los mecanismos de defensa son recursos valiosos para la adaptación a la enfermedad La función de la enfermera es de apoyo a los esfuerzos del paciente por adaptarse facilitar el desarrollo de las capacidades y habilidades de adaptación, y ayudar al paciente a eliminar cualquier conducta de inadaptación

CAPITULO TERCERO

ASPECTOS METODOLOGICOS

3 Tipo de estudio

El estudio *efectividad de un programa de relacion de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM* de enfoque descriptivo y cuasi experimental tiene la intención de identificar diferencias significativas de los niveles de ansiedad segun las puntuaciones de los post test aplicados posterior a las intervenciones de enfermeria en el grupo control y experimental del estudio

(a) Diseño

El diseño del estudio es cuasi-experimental porque se tendran dos grupos de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio al cual se le aplicará en el pretest y postest una Escala Autoaplicada de Depresion Ansiedad de Zung para medir el nivel de ansiedad en estos pacientes

El grupo experimental recibirá el programa de relación de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad en pacientes y el grupo de comparacion que recibira los cuidados normales de enfermeria. (Figura 13)

Fig. 13. Diseño cuasi-experimental del estudio

	Medición de la variable dependiente Niveles de ansiedad	Manipulación de la variable independiente	Medición de la variable dependiente Niveles de ansiedad
Grupo experimental	PRETEST Escala Zung	Programa de relación de ayuda de enfermería	POSTEST Escala Zung
Grupo control	PRETEST		POSTEST
	Escala Zung		Escala Zung

(b) Población y Muestra.

El estudio se realizó con los pacientes con diagnóstico de IAM trasladados de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás, en su quinto día intrahospitalaria, una vez superada la fase aguda de la enfermedad en el período correspondiente del mes de abril al mes de junio del año 2009.

Para los efectos del diseño de investigación y los objetivos formulados se utilizó una unidad de muestra probabilística, conformada por 12 pacientes con diagnóstico de IAM, de los cuales seis pacientes conformaron un grupo control, quienes recibieron los cuidados normales de enfermería y otros seis pacientes conformaron el grupo experimental a quienes se les aplicó el programa de relación de ayuda de enfermería.

El criterio de selección de la muestra consistió en que fueron pacientes trasladados de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás con diagnóstico electrocardiográfico y clínico de infarto agudo de miocardio en un período de cinco días posterior al evento de la fase aguda de su enfermedad.

Entre otros criterios de selección de los pacientes están estar conscientes y coherentes en su condición clínica, haber aceptado participar en el estudio después de ser previamente informados y no se considera el tiempo de ingreso y los límites de edad y sexo. Estos criterios garantizan que el paciente participe activamente en la relación enfermera-paciente a fin de asegurar una información fiable y veraz.

(c) Instrumentos

Para recabar la información se emplearon cuatro instrumentos que a continuación se describen:

Instrumento 1 Escala Autoaplicada de depresión ansiedad de Zung (Anexo 1)

Previo a la implementación del programa se aplicará la Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung para medir niveles de ansiedad en los pacientes con IAM. Desarrollada por William W. K. Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno de ansiedad y depresión. Fue validada en 1970, de amplia difusión y la misma está estandarizada, Índice α de Cronbach entre 0.79 y 0.92.

La Escala de Zung informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien, esta escala no fue diseñada para cribaje si muestra unos aceptables indices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en poblacion clinica o en población general y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad

Formada por 20 frases relacionadas con respuestas emocionales de ansiedad y depresion, formuladas la mitad en terminos positivos y la otra mitad en terminos negativos Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos con ocho items para cada grupo completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a sintomas psicomotores

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente evalua la frecuencia de los sintomas con que se ha sentido en las ultimas dos semanas utilizando una escala de Likert de cuatro puntos desde uno (raramente o nunca) hasta cuatro (casi todo el tiempo o siempre)

En su interpretación la escala de Likert de cada item puntua de uno a cuatro para los de sentido negativo o de cuatro a uno para los de sentido positivo el rango de puntuación es de 20 80 puntos El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible) oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100

Su categorización es la siguiente

- Debajo de 50 dentro de lo normal sin psicopatología,
- Índice EDA 50 58 presencia de ansiedad-depresión de mínima a leve
- Índice EDA 60-68 presencia de ansiedad-depresión de moderada a notable

- Índice 70 o mas presencia de ansiedad-depresion de severa a extrema.

Instrumento 2 Registro de los datos generales y clinicos del paciente con IAM
(Anexo 2)

Este instrumento se elaboro con el propósito de obtener informacion del paciente relacionado al diagnostico de IAM Es el registro de los datos generales del paciente sala, cama, sexo edad fecha de ingreso días de hospitalización signos y síntomas a su ingreso tratamiento clínico farmacológico y los hallazgos de laboratorio

Instrumento 3 Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería. (Anexo 3)

La elaboracion de este instrumento se hizo con el propósito de registrar las respuestas clínicas y presentadas por el paciente segun niveles de ansiedad durante la implementación del programa de relacion de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad, en las cuatros etapas de los niveles de ansiedad leve moderada, severa y panico Esta basado en la Escala de Ansiedad desarrollada por Peplau, la cual mide los niveles de ansiedad leve moderada, severa y panico en cuatro etapas cambios fisiológicos habilidad para observar habilidad para concentrarse en contenidos y habilidad para aprender y adaptarse

El instrumento es una hoja de cotejo de tres columnas La primera columna Respuestas presentadas por el Paciente es una lista de 20 ítems relacionados a las respuestas de ansiedad observables en el paciente en los cuatro niveles de ansiedad leve moderada, severa y pánico Las otras dos columnas "Sí" y "No" se anotará un gancho en el ítem de la respuesta de ansiedad observable en el paciente al finalizar las

intervenciones correspondientes a la fase de implementación del programa de relación de ayuda y ponderándose posteriormente para establecer la disminución de los niveles de ansiedad luego de la intervención

Instrumento 4 Programa de relacion de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad (Anexo 4)

Basado en el diseño metodológico se utilizo la tecnica de la entrevista observacion y comunicación directa e individualizada para la recolección de los datos

Es disenado el programa de relación de ayuda de enfermeria para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo del miocardio el cual incluye cuatro fases orientación, establecer relacion de confianza, identificar la ansiedad y mecanismos de afrontamiento validar respuestas y promover cambios para la efectividad en las respuestas del paciente en el manejo de la ansiedad

Cada fase consta de cuatro sesiones estructuradas con objetivos actividades metodologia y evaluacion Los objetivos permiten desarrollar cada una de las fases del programa. Los contenidos estan centrados en el proceso de relación de ayuda y se apoyan en la metodologia centrada en las técnicas de comunicación, entrevista y observacion y finalmente la evaluación que permite identificar las respuestas de ansiedad presentadas por el paciente además de aplicar el instrumento de medición de ansiedad

(d) Procedimiento para la recolección de datos

(d 1) Validez y confiabilidad de Instrumentos

A fin de asegurar la validez y confiabilidad del estudio y dar respuestas al problema e hipótesis planteadas en nuestra investigación incursionaremos en la revisión de la calidad del instrumento empleado y el desarrollo del proceso en sí

Burns (2004) señala la validez de un instrumento es la determinación de cuán bien éste refleja el constructo abstracto (o concepto) que se examina. Así mismo la validez del mismo modo que la fiabilidad, no es un fenómeno del 'todo o nada' se mide en un continuo. Define entonces Burns (2004) lo que se determina es el grado de validez de una medida, y no si ésta existe en sí misma

Basada en esta premisa, procedimos a realizar la validez del Instrumento 3. Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería

Para ello elaboramos un instrumento denominado *Instrumento de Concordancia de Expertos* (Anexo 5) el cual consta de cuatro columnas la primera están listadas las respuestas presentadas por el paciente según niveles de ansiedad del instrumento diseñado en este estudio y las otras tres columnas corresponden a las categorías de una escala Likert llamadas pertinente, casi pertinente y no pertinente. Este instrumento se entregó a tres enfermeras especialistas en salud mental y psiquiatría, y dos psicólogos. Los especialistas con el Instrumento de Concordancia de Expertos evaluaron cada ítem en sus tres categorías determinándose el número de coincidencias en la categoría correspondiente. Los resultados se compararon y según el criterio de Lawshe donde

plantea que si se tiene mas del 50% de acuerdos entre jueces se debe considerar que el ítem tiene un cierto grado de validez de contenido (Lawshe 1975 En Gonzalez, 2007)

De acuerdo al criterio de Lawshe se procedio a establecer el índice de validez de contenido obtenido en el Instrumento de Concordancia de Expertos el cual oscilaron entre 0.72 a uno (Anexo 6) indicandonos que las unidades de análisis son claras y que los indicadores representan adecuadamente los criterios del instrumento González (2007)

La razón de validez de contenido global del instrumento es de 0.87 Comparándolo con los criterios establecidos por Lawshe los expertos evaluaron el Instrumento 3 Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicacion del programa de relación de ayuda de enfermería y llegaron a la concordancia en más del 50% que los ítems miden las respuestas de ansiedad presentadas por el paciente de manera coherente González (2007) Algunos de los expertos recomendaron que la redaccion de los items sea en oraciones afirmativas

En confiabilidad del instrumento se utilizó dos observadores una enfermera de la Sala de Cardiología y el propio investigador Se orientó a la enfermera en la utilización del instrumento Luego de aplicado los observadores concordaron que el instrumento en cuanto a su estructura, es facil de usar y que se identifican claramente las respuestas de ansiedad presentadas por el paciente

(d 2) Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos de la siguiente manera

- **Solicitud formal de permiso a las autoridades pertinentes a la institución Patronato Hospital Santo Tomas a través de carta dirigida a la Coordinacion de Docencia e Investigación (Anexo 7)**
- **Entrevista y nota formal con enfermera jefe de la Sala de Cardiología y jefe del Servicio para la anuencia de ambos del desarrollo de la investigación en esta area**
- **Aplicación de prueba piloto del instrumento Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung” a dos pacientes con diagnostico de IAM con resultados de Índice EAD 41 y 75 dentro de lo normal y presencia de ansiedad-depresión de severa a extrema respectivamente El instrumento no requiere ser modificado posibilitando identificar niveles de ansiedad**
- **Selección de los pacientes trasladados de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología, según los criterios de inclusión establecidos en la investigación seis pacientes para el grupo experimental y otros seis pacientes para el grupo control**
- **Invitación a los pacientes del grupo control a participar en la investigación a través de la aplicación del pretest Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung (Anexo 1)**

- El grupo control (seis pacientes) recibio los cuidado generales de la enfermera de la Sala de Cardiologia y se aplica el posttest Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung entre el cuarto y quinto dia de hospitalizacion luego de su traslado de la Unidad Coronaria.
- Implementar las fases del programa de relación de ayuda para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM del grupo experimental (Anexo 4)

Fase I del Programa de Relacion de Ayuda

- Configurar el encuentro entre enfermera y paciente a traves de una invitación de los pacientes seleccionados del grupo experimental a participar en la investigacion
- Autorización escrita de los pacientes del grupo experimental y de la investigadora en el formulario de consentimiento (Anexo 8)
- Explicacion al paciente del grupo experimental el proposito de la visita Se observan y escuchan las respuestas de ansiedad del paciente y se registran las observaciones en el Instrumento 3 (Anexo 3)
- Aplicación del pretest Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung a los pacientes del grupo experimental (Anexo 1)
- Revision de los expedientes clinicos de los pacientes del grupo experimental para el registro de los datos generales y clinico en el Instrumento 2 (Anexo 2)

Fase II del Programa de Relación de Ayuda

- Identificar las respuestas de ansiedad y los mecanismos de manejo de ansiedad de los pacientes del grupo experimental

- Realizar las anotaciones de las respuestas de ansiedad y mecanismos de ansiedad observados en los pacientes en el formato para el registro de las observaciones Instrumento 3

Fase III del Programa de Relación de Ayuda

- Valorar los aspectos de aprendizaje de la relacion enfermera paciente
- Reforzar los conceptos adquiridos sobre la evolución de su enfermedad y proyectar video educativo relacionado al tema infarto agudo de miocardio
- Realizar las anotaciones de las nuevas respuestas de ansiedad observadas de manera directa e individualizada en el paciente en formato para el registro de las observaciones Instrumento 3

Fase IV del Programa de Relacion de Ayuda

- Valorar los aspectos de aprendizaje de la relacion enfermera paciente
- Entregar material impreso a los pacientes para luego aplicar el postest Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung (Anexo 1)
- En cada fase se realizaron las anotaciones pertinentes en relación a las respuestas psicológicas y fisiológicas presentadas por el paciente durante el desarrollo de la relación enfermera paciente las cuales incluye respuesta de ansiedad, mecanismos y manejo de ansiedad nuevas respuestas del paciente ante la enfermedad y aspectos de aprendizaje de la relacion enfermera paciente
- El desarrollo del cronograma del Programa de Relacion de Ayuda de Enfermeria para el Manejo de la Ansiedad en Pacientes con IAM se realizo en un periodo de dos meses con intervalos de dos a cinco dias en horarios vespertinos de lunes a viernes y en horario matutino los fines de semana (Anexo 9)

(e) Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos de los pretest y posttest de la Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung” los resultados finales fueron presentados en cuadros de distribución de frecuencias tanto absolutas como relativas

Se calculó las medidas de tendencia central (promedio) con sus respectivas varianzas (S^2) y desviación estandar (S) para describir los resultados en la prueba estadística a utilizar y establecer las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo experimental con las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo control

Para cada grupo individual (experimental y control) dos muestras independientes y de bajo tamaño ($n=12$) interesaba detectar cambios en los niveles de ansiedad al inicio y finalizada la aplicación de la Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung se hizo una comprobación pareada mediante diferencias utilizando la distribución t Student, con $\alpha=0.05$ y prueba unilateral a la izquierda.

Se determinan las diferencias de los resultados del Índice EAD entre el grupo experimental y el grupo control en dos momentos básicos

- Diferencias entre el grupo experimental y el grupo control al inicio del programa de relación de ayuda en enfermería, prueba pretest
- Diferencias de los resultados del Índice EAD entre el grupo experimental y el grupo control luego de aplicada Escala Autoaplicada de Depresión Ansiedad de Zung

El estadístico a utilizar es la t Student

$$(1) \quad t = \frac{\overline{x}_1 - \overline{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

y la hipótesis a probar es

$$H_0 \quad \mu_1 - \mu_2 = 0$$

$$H_1 \quad \mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

El estadístico de prueba y la hipótesis nula a probar fueron utilizados en la comparación de los grupos experimental y control debido a que son muestras relativamente pequeñas e independientes una de la otra.

Para el cálculo de los grados de libertad se utilizó la siguiente fórmula

$$(2) \quad \boxed{gl = n_1 + n_2 - 2}$$

CAPITULO CUARTO

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4 Presentación y análisis de los resultados

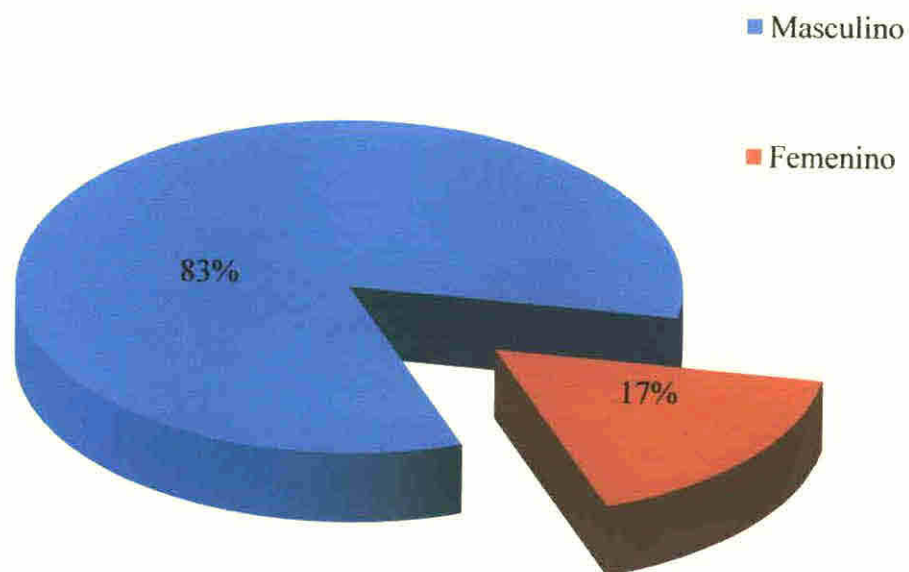
A continuación procedemos al análisis de los cuadros a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados en la investigación

Cuadro 1 Características demográficas de la muestra de pacientes por grupo control y experimental con diagnóstico de IAM HST Abril junio 2009

Variable	Experimental		Control	
	Total	%	Total	%
<u>Genero</u>	<u>6</u>	<u>100,0</u>	<u>6</u>	<u>100,0</u>
Masculino	6	100 0	4	67 0
Femenino			2	33 0
<u>Edad</u>	<u>6</u>	<u>100,0</u>	<u>6</u>	<u>100,0</u>
40 50	2	33 0	2	33 0
51-60	2	33 0	4	67 0
61 70	1	17 0		
71 y más	1	17 0		

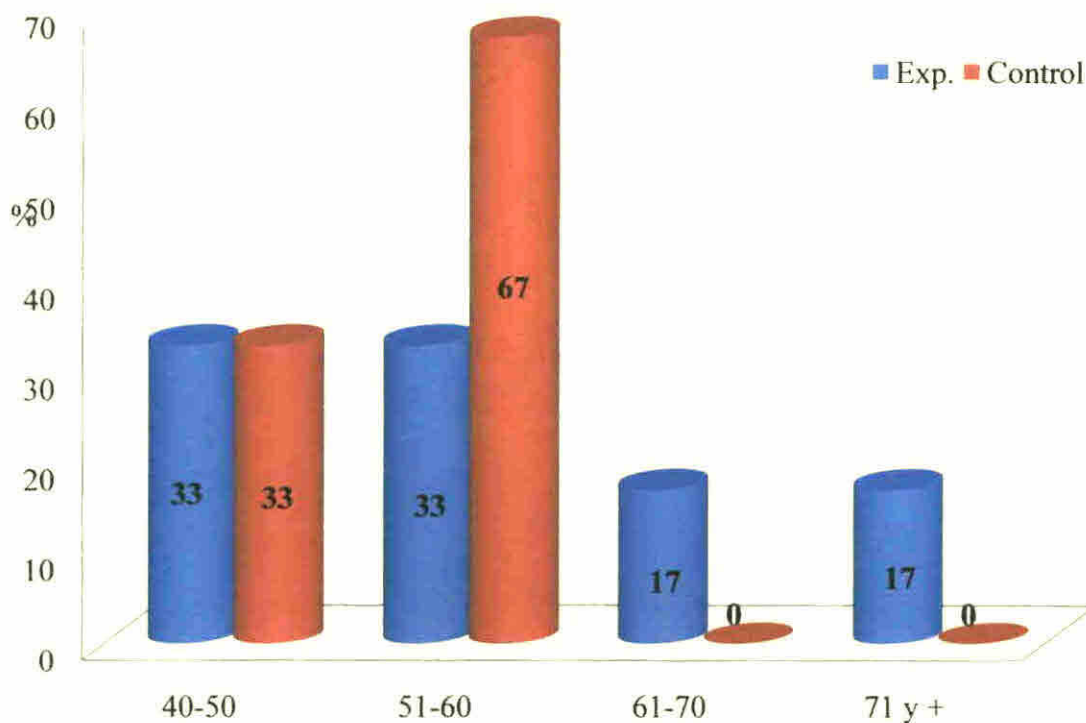
Fuente Aplicación del instrumento "Registro de los datos generales y clínicos del paciente con IAM" abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

Gráfico 1: Distribución por género de la muestra estudiada de pacientes con IAM, HST. Abril-junio 2009.



Fuente: Fuente: Aplicación del instrumento “Registro de los datos generales y clínicos del paciente con IAM”, abril-junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST.

Gráfico 2. Distribución por edad y grupo de los pacientes atendidos con IAM, HST. Abril-Junio 2009.



Fuente: Aplicación del instrumento “Registro de los datos generales y clínicos del paciente con IAM”, abril-junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST.

Las características demográficas de la muestra de pacientes estudiada con diagnóstico de IAM, según sexo el 100% corresponden al género masculino para el grupo experimental y para el grupo control el 67%. En cuanto al género femenino el 33% de la muestra correspondió al grupo control. En cuanto a su distribución total el 83% corresponden a masculinos y el 17% a femeninos. Este comportamiento es esperado puesto que según las estimaciones de la OMS, el infarto agudo de miocardio (IAM),

corresponde a un tercio del total de los episodios coronarios de la población total y en las mujeres representa el 30%

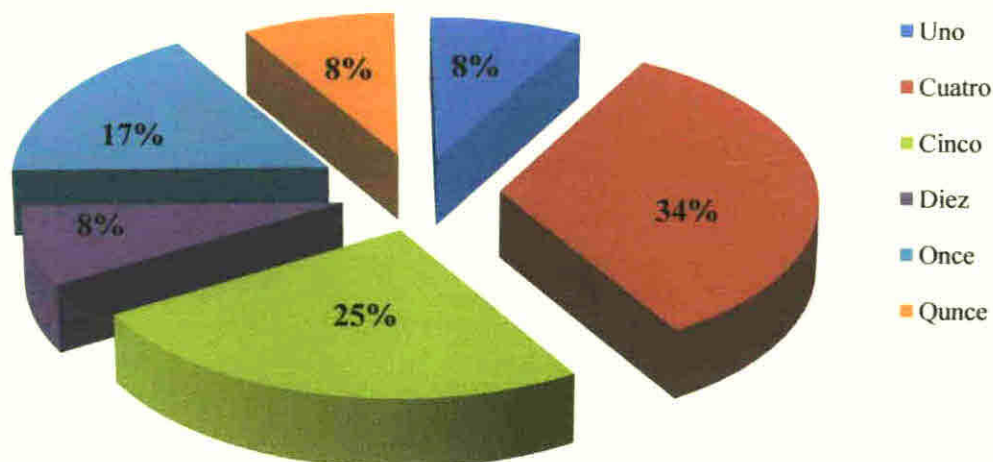
Otra variable demografica a considerar es la edad. El cuadro revela que las edades de los pacientes que presentaron IAM se encontraban entre los 40 a 60 años de edad para ambos grupos. A partir de los 40 años suele aparecer en la población adulta manifestaciones de cardiopatías isquémicas factor de riesgo inherente como resultado de condiciones genéticas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida, la edad es un factor precipitante de un evento coronario (IAM). Según los datos publicados por el Instituto de Estadística y Censo de la Contraloría, las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón para el año 2004 en personas de 20 a 69 años de edad fueron de 421.

Cuadro 2 Dias de hospitalizacion de la muestra estudiada con diagnóstico de IAM considerada en el estudio posterior a su ingreso en el HST Abril junio 2009

Dias de hospitalizacion post IAM	Grupo			
	Experimental		Control	
	n	%	n	%
Total	<u>6</u>	<u>50</u>	<u>6</u>	<u>50</u>
UNO			1	8
CUATRO	3	25	1	8
CINCO	1	8	2	16
DIEZ	1	8		
ONCE			2	16
QUINCE	1	9		

Fuente Aplicación del instrumento Registro de los datos generales y clinicos del paciente con IAM abril junio 2009 en la Sala de Cardiologia del HST

Gráfico 3. Días de hospitalización de la población con IAM posterior a su ingreso en el HST. Mayo-Junio 2009.



Fuente: Aplicación del instrumento “Registro de los datos generales y clínicos del paciente con IAM”, abril-junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST.

Del grupo experimental seleccionado para conformar esta muestra, el 25% fue trasladado en su cuarto día intrahospitalario de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás, donde se realizó la investigación. De este mismo grupo el 8 % de la muestra fue trasladado en su quinto y decimo día intrahospitalario a la Sala de Cardiología respectivamente.

De igual forma, el grupo control seleccionado el 16% fue trasladado en su quinto día y onceavo día intrahospitalario Y el 8% de este mismo grupo fue trasladado de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología el primero y cuarto día respectivamente

Siendo el IAM la máxima manifestación del síndrome coronario el paciente con esta enfermedad es ingresado en una unidad de cuidados coronarios para la monitorización continua durante un periodo variable a fin de evaluar su evolución y prevenir futuras complicaciones Como vemos en el Cuadro 2 los pacientes seleccionados para conformar los grupos experimental y control de la muestra de nuestra investigación, variaron de cuatro a cinco días en ser trasladados de la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás Esta variabilidad de días dependiera de la evolución de la condición crítica con que ingresaron inicialmente a la Unidad Coronaria, el abordaje inmediato crítico y los tratamientos instaurados que una vez alcanzada y superada la fase aguda, de la enfermedad el paciente puede ser trasladado a una sala de cuidados intermedios tal como sucedió con los pacientes de ambos grupos de la muestra de estudio

Cuadro 3 Categorización del diagnostico de IAM presentado por los pacientes del grupo experimental hospitalizados en la sala de cardiología del HST Abril junio 2009

Variables	Resultados			
	Si		No	
	n	%	n	%
Dolor precordial + 20 min	6	100		
ECG 12 derivaciones \uparrow ST + 0 1V	5	83	1	17
<u>Signos y sintomas</u>				
Disnea	2	33	4	67
Tos			6	100
Mareos	2	33	4	67
Náuseas	4	67	2	33
Vomitos	2	33	4	67
Diaforésis profusa	3	50	3	50
Presion sanguinea baja	0		6	100
<u>Hallazgos de laboratorios</u>				
Leucocitosis	5	83	1	17
Hiperghlicemia	4	67	2	33
CK MB elevada	6	100		
Troponina T positiva	3	50	3	50
<u>Tratamiento farmacologico</u>				
Morfina	2	33	4	67
Antiagregantes antiplaquetarios	6	100		
HBPM	2	33	4	67
Bloqueantes adrenérgicos	4	67	2	33
Nitratos	3	50	3	50
IECA	6	100		
Laxantes	1	17	5	83
Istatinas	5	83	1	17
Ansioliticos	2	33	4	67
<u>Tratamiento general</u>				
Oxigeno	2	33	4	67
Reposo en cama	6	100		
Monitoreo cardiaco	3	50	3	50

Fuente Aplicación del instrumento Registro de los datos generales y clinicos del paciente con IAM abril junio 2009 en la Sala de Cardiologia del HST

El Cuadro 3 presenta la categorización del diagnóstico de IAM presentado por los pacientes del grupo experimental. El 100% de los pacientes presentaron dolor precordial y un 83% en el electrocardiograma refleja elevación del segmento ST por arriba de 0.1 mV. En cuanto a los signos y síntomas presentados por los pacientes fueron náuseas y diaforesis profusa en un 67 y 50% respectivamente. Y en 33% presentaron disnea, mareos y vómitos.

Los hallazgos de laboratorios más significativos fueron elevación de las enzimas cardíacas (CK MB) 100%, leucocitosis 83%, hiperglicemia 67% y troponina T positiva 50%.

En cuanto al tratamiento farmacológico previa en estos pacientes uso de agentes antiplaquetarios y IECA (100%), seguidos de las estatinas (83%) y bloqueantes adrenérgicos (67%) respectivamente. Seguidos en un 50% de nitratos, en un 33% morfina, heparina de bajo peso molecular (HBPM) y ansiolíticos. Y por último en un 17% el uso de laxantes.

El tratamiento general correspondió a reposo en cama 100%, monitoreo cardíaco 50% y oxígeno 33%.

Como el IAM es usualmente secundario a la obstrucción completa de una arteria coronaria epicárdica por la rotura con trombosis de una placa arteriosclerótica con una pérdida variable de miocardio funcional, los pacientes del grupo experimental presentaron los signos y síntomas premonitorios principales tales como dolor, elevación del segmento ST por arriba de 0.1 mV, náuseas, vómitos, diaforesis profusa, disnea, mareos. Estos pacientes al presentar el evento de IAM recibieron oportunamente y en el tiempo esencial los tratamientos establecidos con el fin de restablecer la perfusión.

miocárdica, y con la estabilización de los síntomas De acuerdo a la revisión bibliográfica los pacientes una vez se les confirma el diagnostico de IAM pueden desarrollar sentimientos de abatimiento duelo no complicado respuestas psicosociales que a medida que la hospitalización progresa pueden complicar las interacciones entre el paciente y el personal de salud de la Sala de Cardiología.

Cuadro 4 Medidas de tendencias central y estadígrafo correspondiente a los puntajes obtenidos al aplicar la Escala de Zung como pretest y postest por grupo a pacientes con diagnóstico de IAM HST Abril junio 2009

Pretest (Media) \bar{x}		Postest (Media) \bar{x}	
Control	Experimental	Control	Experimental
47.7	47.5	47.5	48.7
Varianza (S^2)		Varianza (S^2)	
129.5	116.7	116.7	77.5
Desviación Standard (S)		Desviación Standard (S)	
11.4	10.8	10.8	8.8
t STUDENT		t STUDENT	
0.03		0.19	

Fuente Aplicación del instrumento "Escala Autoaplicada de depresión ansiedad de Zung" abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007 para el cálculo de las medidas de tendencia central media, varianza y desviación estándar y del estadígrafo t Student

Los estadísticos presentados en este cuadro muestran que las medidas de tendencia central para el Índice EAD de ambos grupos control y experimental durante la aplicación del pretest y postest están debajo de 50 esto quiere decir que el nivel de ansiedad depresión según Escala de Zung está dentro de lo normal sin psicopatología para ambas muestras

En el pretest de ambos grupos los resultados *t* Student fue de 0.03 con 10 grados de libertad para un nivel de confianza de 0.05 el valor crítico *t* es ± 1.81 . Para el posttest la *t* Student fue de 0.19 con 10 grados de libertad para un nivel de confianza de 0.05 el valor crítico *t* es ± 1.81 . Como el resultado de prueba *t* (0.19) cae en la región de aceptación, se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza prefijada (95%) la cual es “no existe diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo experimental con las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo no experimental”.

Estos resultados sugieren distribuciones heterogéneas en los dos grupos. La ansiedad es frecuente en pacientes con IAM y en la medida que los síntomas se estabilizan o ceden algunos pacientes reaccionan a la enfermedad según las experiencias que hayan tenido en su vida y el punto en el cual se vea afectado su funcionamiento normal. De ahí la importancia de la implementación del programa de relación de ayuda en enfermería que motiva a los pacientes con IAM afrontar habilidades adecuadas que le permitan alcanzar un estilo de vida más satisfactorio y saludable. Sugiero realizar el estudio con una muestra mayor para aproximar los resultados al tamaño de la población de estudio.

Cuadro 5 Estadística descriptiva de los resultados del índice EAD por paciente entre el grupo experimental y grupo control luego de aplicada la Escala Autoaplicada de depresión ansiedad de Zung a pacientes con diagnóstico de IAM HST Abril junio 2009

Sujeto	Control		Experimental	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
	x_1	x_2	x_1	x_2
1	49	45	66	52
2	43	48	45	48
3	65	56	44	54
4	30	31	54	60
5	48	50	38	35
6	51	63	38	43
$\sum n$	286	293	285	292
\bar{x}	47.7	48.8	40.8	48.7
S	11.4	10.8	20.96	8.8
S_2	129.5	117.4	439.4	77.5

Fuente Aplicación del instrumento Escala Autoaplicada de depresión ansiedad de Zung abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

El Índice EAD permite definir la presencia o gravedad de la ansiedad-depresión correspondiente a la Escala de Zung oscilando en un rango de 20 a 100. Para ambos grupos en el pretest y posttest de las dos muestras estudiadas, luego de aplicada la Escala de Depresión Ansiedad de Zung, las medias del Índice EAD están en el rango dentro de lo normal sin psicopatología, es decir que las respuestas de ansiedad de los pacientes son las esperadas en el manejo de su enfermedad para los pacientes del grupo control y experimental.

Según los resultados individuales en el grupo control, el tercer sujeto registró ansiedad-depresión moderada (EAD 65) en el pretest y en el posttest ansiedad-depresión leve (EAD 56); el sexto registró ansiedad-depresión leve (EAD 51) en el pretest y ansiedad-depresión moderada (EAD 63) en el posttest respectivamente.

En el grupo experimental, el primer sujeto en el pretest registró ansiedad-depresión grave (EAD 66) y ansiedad-depresión leve (EAD 52); luego de aplicado el posttest, por último, el tercer sujeto registra en el pretest EAD 44 (dentro de lo normal sin psicopatología) y posttest niveles de ansiedad-depresión de mínima a leve (EAD 54).

En cuanto a las medidas de dispersión, la desviación estándar ($S=8.8$) y la varianza ($S^2=77.5$) del grupo experimental en el posttest bajaron considerablemente. En tal sentido, se considera la diferencia del Índice EAD una disminución en los niveles de ansiedad en los pacientes del grupo experimental luego de implementar el programa de relación de ayuda en enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM.

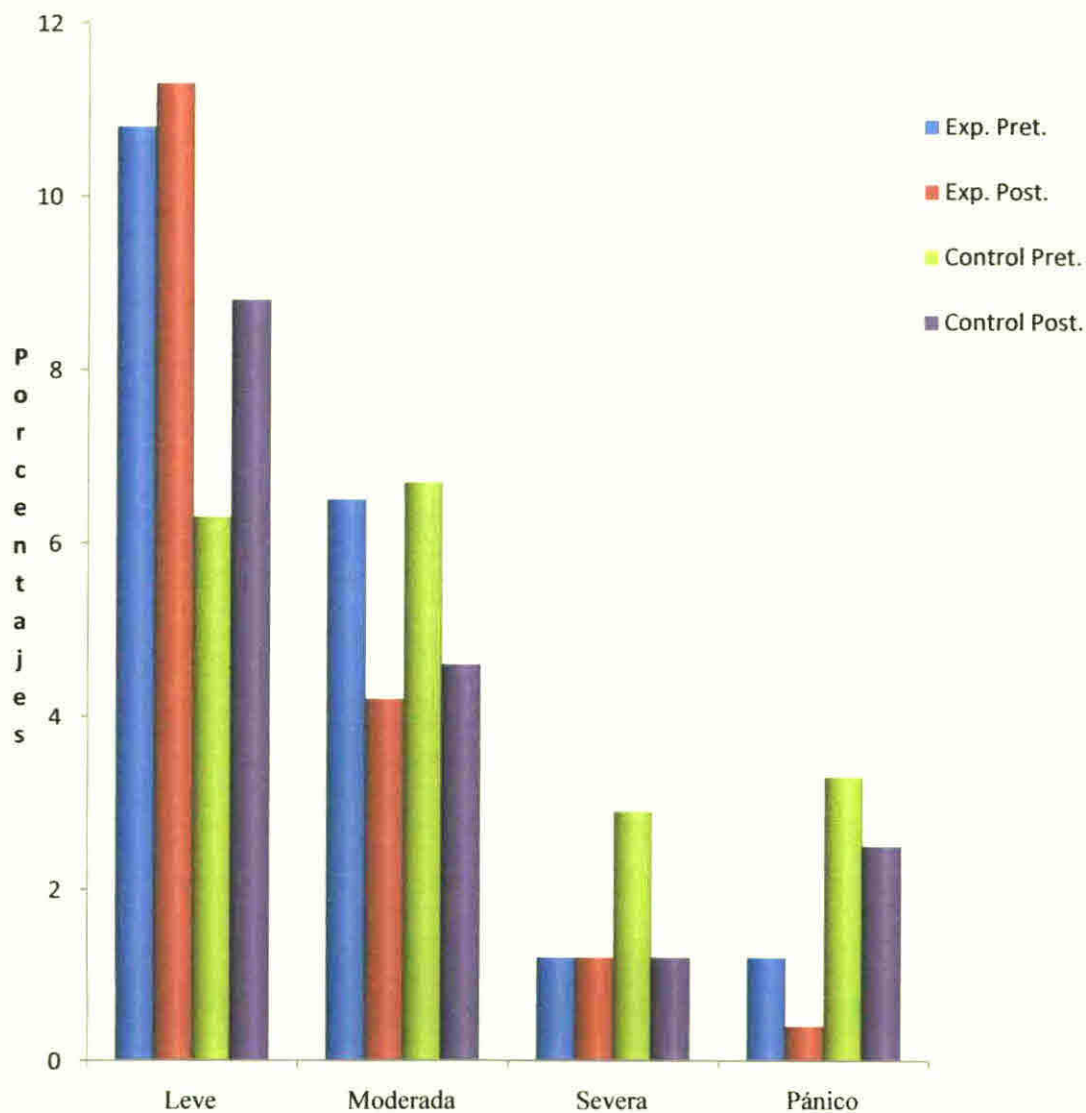
Consideramos necesario el programa desarrollado como apoyo a las enfermeras de la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás para realizar un cuidado de enfermería eficaz con herramientas científicas claras que permitan a establecer la relación de ayuda terapéutica e interpersonal en el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM

Cuadro 6 Distribucion de los porcentajes obtenidos de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM de ambos grupos considerados en el estudio luego de la aplicacion del pretest y postest HST Abril junio 2009

Respuestas presentadas	Total		Experimental				Control			
			Pretest		Postest		Pretest		Postest	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	177	73.8	49	20.4	41	17.1	46	19.2	41	17.1
Ansiedad leve	89	37.1	26	10.8	27	11.3	15	6.3	21	8.8
Ansiedad moderada	54	22.5	17	7.1	10	4.2	16	6.7	11	4.6
Ansiedad severa	16	6.7	3	1.2	3	1.2	7	2.9	3	1.2
Pánico	18	7.5	3	1.2	1	0.4	8	3.3	6	2.5

Fuente Aplicacion del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relacion de ayuda de enfermeria abril junio 2009 en la Sala de Cardiologia del HST

Gráfico 6. Resultados de las porcentajes de las respuestas de ansiedad presentadas en el grupo control y experimental, durante la aplicación del pretest y postest en pacientes on IAM



Fuente: Aplicación del instrumento “Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería”, abril-junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST.

Para la muestra estudiada la suma de las respuestas de ansiedad a ser observadas segun el instrumento desarrollado es 240 El total de las respuestas observadas fueron 177 y el porcentaje de respuestas obtenidas es 73.8 %

Tal como demuestra el Cuadro 6 los porcentajes totales de las respuestas de ansiedad obtenidas en relacion a las esperadas en las muestras del grupo experimental y grupo control al aplicar el pretest y postest se concentraron en los niveles de ansiedad leve a moderada con 37.1 y 22.5 % respectivamente Y en un tercer lugar el panico con 7.5 % seguida de la ansiedad severa con 6.7 %

Al iniciar el programa de relación de ayuda, las respuestas presentadas por los pacientes se concentraron en el nivel de ansiedad leve en los momentos de aplicados el pretest y postest para el grupo experimental Al medir separadamente el grupo experimental hay una tendencia de disminuir las respuestas de pánico (0.4%) luego de aplicado el postest y concentrarse las respuestas a nivel de ansiedad leve (11.3%) en comparacion al pretest Esta disminucion de los niveles de ansiedad sugiere la pertinencia del programa aplicado en ayudar a los pacientes con IAM a enfrentar su enfermedad

En relación al grupo control luego de aplicado el postest, aumentaron las respuestas en un nivel de ansiedad leve (8.8%) mas no así en las respuestas de pánico que disminuyeron en un porcentaje de 3.3% (pretest) a un 2.5% (postest) al recibir los cuidados de enfermería por parte de las enfermeras de la Sala de Cardiología.

Con el Instrumento 3 *Cotejo de las Respuestas Presentadas por el Paciente con IAM segun los Niveles de Ansiedad durante las Fases de Aplicacion del Programa de Relacion de Ayuda de Enfermeria* la enfermera puede identificar las respuestas de ansiedad en sus cuatro niveles tal como sugiere la información bibliográfica encontrada que un paciente que ha sufrido IAM típicamente muestra temor y ansiedad durante el ingreso y después de él

Consideramos nuevamente que el programa educativo y terapéutico utilizado en este estudio puede ser utilizado como apoyo a las enfermeras para ejecutar un cuidado de enfermeria con herramientas científicas claras que ayuden a establecer la relación de ayuda en el manejo de la ansiedad a pacientes con IAM ofreciendo estrategias tanto cognitivas como conductuales y afectivas que le permitan al paciente afrontar sus experiencias psicológicas ligadas a la forma de sentirse en su situación actual

Cuadro 7 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del **grupo control** durante la aplicación del **pretest HST**
Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD	Respuestas presentadas			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Total	46	38.3	74	61.7
<u>Ansiedad leve</u> Subtotal	15	12.5	15	12.5
Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada	5	4.2	1	0.8
Mantiene postura corporal alineada en cama y músculos relajados	5	4.2	1	0.8
Expresa conocimientos de su enfermedad y las posibles causas	3	2.5	3	2.5
Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos obtenidos indicando nuevas	1	0.8	5	4.2
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación	1	0.8	5	4.2
<u>Ansiedad moderada</u> Subtotal	16	13.3	14	11.7
Fascies de angustia, rostro compungido manifiesta temor	4	3.3	2	1.7
Expresó sus sentimientos hacia enfermedad y significado de	4	3.3	2	1.7
Hablo sobre sus problemas preocupaciones y culpabilidad	2	1.7	4	3.3
Expreso dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y como	3	2.5	3	2.5
Expresa no tener claridad de enfermedad y su respuesta de ansiedad	3	2.5	3	2.5
<u>Ansiedad severa</u> Subtotal	7	5.8	23	19.2
Desorientado en relación a información recibida de su enfermedad	1	0.8	5	4.2
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema	1	0.8	5	4.2
Apatía y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto	3	2.5	3	2.5
Realiza preguntas excesivas al profesional			6	5.0
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos	2	1.7	4	3.3
<u>Pánico</u> Subtotal	8	6.7	22	18.3
No se concentra en la comunicación con enfermera	3	2.5	3	2.5
Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación	2	1.7	4	3.3
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado	1	0.8	5	4.2
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y repetición del evento	2	1.7	4	3.3
Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo			6	5.0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

Durante la aplicación del pretest a los pacientes con IAM del grupo control las respuestas de ansiedad presentadas corresponden al 38.3 % de las cuales el 12.5 % corresponden a respuestas de ansiedad leve 13.3 % a respuestas de ansiedad moderada, 5.8 % a respuestas de ansiedad severa y 6.7 % a respuestas de pánico

Los datos indican que los pacientes reaccionan a las enfermedades según las experiencias que hayan tenido en su vida y el punto hasta el cual se vea afectado su funcionamiento normal

Según Shoemaker (1996) la hospitalización en la Unidad Coronaria siempre se asocia con una enfermedad potencialmente fatal. Los pacientes al ser trasladados a la Sala de Cardiología luego de haber superado el evento coronario y disminuido su temor a la muerte pueden sentir temor de quedar lisiados por la enfermedad o por sus tratamientos

Este temor puede adoptar muchos cambios y adecuarse al comportamiento evidenciado por el paciente: desconocimientos de su enfermedad, de su valor personal, aislamiento, inquietud, dudas, apatía y rechazo de la ayuda profesional y no concentración en la comunicación con familia, enfermera y equipo de salud en general

De acuerdo a los niveles de temor y ansiedad que presentaron los pacientes del grupo control se presentará a continuación las respuestas identificadas en los mismos de acuerdo a las observaciones registradas en la Hoja de Cotejo de categorización de las respuestas de ansiedad, durante la aplicación del postest: Escala Autoaplicada de depresión ansiedad de Zung

Cuadro 8 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo control durante la aplicación del postest HST
Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD	Respuestas presentadas			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Total	41	34	79	66
<u>Ansiedad leve</u> Subtotal	21	17 5	9	7 5
Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada	6	5 0		
Mantiene postura corporal alineada en la cama y con musculos relajados	5	4 2	1	0 8
Expresa conocimientos de enfermedad y las posibles causas	4	3 3	2	1 7
Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos obtenidos indicando nuevas	3	2 5	3	2 5
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación	3	2 5	3	2 5
<u>Ansiedad moderada</u> Subtotal	11	9 2	19	15 8
Fascies de angustia, rostro compungido manifiesta temor y miedo	3	2 5	3	2 5
Expreso sus sentimientos hacia enfermedad y significado de	2	1 7	4	3 3
Hablo sobre sus problemas preocupaciones y culpabilidad	2	1 7	4	3 3
Expresó dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y cómo	3	2 5	3	2 5
Expresa no tener claridad de enfermedad y su respuesta de ansiedad	1	0 8	5	4 2
<u>Ansiedad severa</u> Subtotal	3	2 5	27	22 5
Desorientado en relacion a información recibida de su enfermedad			6	5 0
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema	1	0 83	5	4 2
Apatia y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto	1	0 83	5	4 2
Realiza preguntas excesivas al profesional			6	5 0
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos	1	0 83	5	4 2
<u>Panico</u> Subtotal	6	5 0	24	20 0
No se concentra en la comunicación con enfermera	3	2 5	3	2 5
Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación	1	0 8	5	4 2
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado	1	0 8	5	4 2
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y la repetición del evento	1	0 8	5	4 2
Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo mismo			6	5 0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

Durante la aplicación del postest a los pacientes con IAM del grupo control las respuestas de ansiedad observadas corresponden al 34 % de las cuales el 17.9 % corresponden a respuestas de ansiedad leve 9.2 % a respuestas de ansiedad moderada, 2.4 % a respuestas de ansiedad severa y 4.9 % a respuestas de pánico. Estos porcentajes disminuyeron en relación a la aplicación del Pretest (ver cuadro 7).

Con los cuidados de enfermería básicos documentados en la literatura, los pacientes del grupo control luego de aplicado el postest mejoraron las respuestas de ansiedad leve observándose en ellos que escucha atenta con un habla con timbre de voz clara y pausada, mantiene postura corporal alineada en la cama y músculos relajados expresa conocimientos de enfermedad habla sobre sus potencialidades con expresión de los grupos de apoyos con los cuales cuenta el paciente.

Las respuestas de pánico luego de aplicado el postest aun son observadas a través de respuestas como no se concentra en la comunicación con enfermera, manifestaciones relacionadas al dolor y repetición del evento.

Con los cuidados de enfermería brindados por las enfermeras de la Sala de Cardiología, los resultados antes mencionados inducen que se apoyaron los esfuerzos del paciente por adaptarse facilitaron el desarrollo de las capacidades y habilidades de adaptación, y ayudaron a los pacientes a eliminar cualquier conducta de inadaptación.

Cuadro 9 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo **experimental** en la **Fase 1 (aplicación del pretest)** de implementación del Programa de Relación de Ayuda aplicado HST Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD		Respuestas presentadas			
		Sí		No	
		n	%	n	/
Total		49	40 8	71	59 2
<u>Ansiedad leve</u>	Subtotal	26	21 7	4	3 3
Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada		6	5 0		
Mantiene postura corporal alineada en cama, músculos relajados		6	5 0		
Expresa conocimientos de enfermedad y las posibles causas		6	5 0		
Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos obtenidos indicando		5	4 2	1	0 8
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación		3	2 5	3	2 5
<u>Ansiedad moderada</u>	Subtotal	17	14,2	13	10 8
Fascies de angustia, rostro compungido temor y miedo por su salud		2	1 7	4	3 3
Expresó sus sentimientos hacia enfermedad y situación actual		6	5 0		
Habla sobre sus problemas preocupaciones y culpabilidad		4	3 3	2	1 7
Expresó dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y cómo		4	3 3	2	1 7
Expresa no tener claridad de la enfermedad y de su respuesta de ansiedad		1	0 8	5	4 2
<u>Ansiedad severa</u>	Subtotal	3	2 5	27	22 5
Desorientado en relación a información recibida de su enfermedad				6	5 0
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema, Sala				6	5 0
Apatía y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto				6	5 0
Realiza preguntas excesivas al profesional		2	1 7	4	3 3
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos		1	0 8	5	4 2
<u>Pánico</u>	Subtotal	3	2 5	27	22 5
No se concentra en la comunicación con enfermera				6	5 0
Establece largos silencios no clarificados durante comunicación con				6	5 0
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado				6	5 0
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y la repetición del evento		3	2 5	3	2 5
Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo mismo				6	5 0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

La Fase I del Programa de Relación de Ayuda de Enfermería para el Manejo de la Ansiedad en pacientes con IAM corresponde al establecimiento de relación de confianza con el paciente. Durante la implementación de la Fase I las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo experimental corresponden al 40,8 % de las cuales el 21,7 % corresponden a respuestas de ansiedad leve, 14,1 % a respuestas de ansiedad moderada, 2,5 % a respuestas de ansiedad severa y 2,5 % a respuestas de pánico.

En la Fase I del Programa de Relación de Ayuda según la Teoría de H. Peplau se busca configurar el encuentro enfermera-paciente en personas que sufren cambios en su estado de salud. Esta fase ayuda al paciente a establecer los conocimientos y conciencia de sí mismo sobre su enfermedad. Las respuestas de ansiedad leve observadas en los pacientes del grupo experimental se concentraron en escuchar atentamente, habla pausada, expresión de conocimiento de su enfermedad y potencialidades para enfrentar la enfermedad principalmente.

En los niveles de ansiedad leve y moderada, las respuestas registradas en los pacientes del grupo experimental fueron las siguientes: emplearon sus capacidades para hablar del problema y preocupaciones en relación a la enfermedad, expresaron dudas e inquietudes. Estos resultados guiaron al investigador a confirmar las respuestas esperadas al implementar la Fase I del programa de relación de ayuda que es *Iniciar una relación interpersonal de confianza y aceptación entre la enfermera y el paciente*.

Cuadro 10 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo **experimental** en la **Fase 2** de implementación del Programa de Relación de Ayuda aplicado HST Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD		Respuestas observadas			
		Sí		No	
		n	%	n	%
Total		49	40 8	71	59 2
<u>Ansiedad leve</u>	Subtotal	26	21 7	4	3 3
Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada		6	5 0		
Mantiene postura corporal alineada en cama, músculos relajados		6	5 0		
Expresa conocimientos de enfermedad y las posibles causas		6	5 0		
Habla sobre sus potencialidades exitos indicando nuevas formas		5	4 2	1	0 8
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación a su enfermedad		3	2 5	3	2 5
<u>Ansiedad moderada</u>	Subtotal	17	14 1	13	10 9
Fascies de angustia, rostro compungido temor y miedo por su salud		2	1 7	4	3 3
Expreso sentimientos hacia enfermedad y situación actual		6	5 0		
Hablo sus problemas preocupaciones y sentimientos de culpabilidad		4	3 3	2	1 7
Expreso dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y afectar		4	3 3	2	1 7
Expresa no tener claridad de la enfermedad y de su respuesta de ansiedad		1	0 8	5	4 2
<u>Ansiedad severa</u>	Subtotal	3	2 5	27	22 5
Desorientado en relación a información recibida de su enfermedad				6	5 0
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema, Sala				6	5 0
Apatía y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto				6	5 0
Realiza preguntas excesivas al profesional		2	1 7	4	3 3
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos		1	0 8	5	4,2
<u>Pánico</u>	Subtotal	3	2 5	27	22 5
No se concentra en la comunicación con enfermera				6	5 0
Establece largos silencios no clarificados durante comunicación				6	5 0
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado				6	5 0
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y repetición del evento		3	2 5	3	2 5
Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo mismo				6	5 0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

La Fase 2 del Programa de Relación de Ayuda de enfermería, corresponde a identificar las respuestas de ansiedad y los mecanismos de manejo de ansiedad del paciente. Durante la implementación de la Fase 2 las respuestas de ansiedad manifestadas por los pacientes con IAM es 40.8 % de las cuales el 21.7 % corresponden a respuestas de ansiedad leve, 14.1 % a respuestas de ansiedad moderada, 2.5 % a respuestas de ansiedad severa y 2.5 % a respuestas de pánico.

Según la Teoría de Hildergard Peplau, ambas fases están concatenadas, es decir la identificación de las causas correctas de la enfermedad atrae la atención de la persona hacia su propio comportamiento, por lo que es necesario ayudar a identificar los factores que constituyen su enfermedad. La investigadora comparte información con los pacientes de modo que estos comprendan su enfermedad y se adaptan a ella y al cambio en su modo de vida que pueda originar, y ayuda a los pacientes a comprender las causas de su enfermedad.

Los pacientes del grupo experimental en esta fase en su mayoría presentaron respuestas que se categorizaron en el nivel de **ansiedad leve** registrándose las siguientes respuestas: observan, se mantienen alertas y expresan opiniones en relación a su enfermedad, reconocen grupos de apoyo en relación a su estado. Luego en su orden se registraron respuestas de ansiedad **moderada**: facies de angustia, rostros compungidos, temor y miedo por su salud, expresión de no tener claridad de la enfermedad y de su respuesta de ansiedad. **Ansiedad severa**: realizan preguntas excesivas al profesional y se comunican con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos. **Pánico**: manifiestan preocupación al relacionar el dolor y la repetición del evento.

Cuadro 11 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo **experimental** en la **Fase 3** de implementación del Programa de Relación de Ayuda aplicado HST Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD		Respuestas observadas			
		Sí		No	
		n	%	n	%
Total		40	33.4	80	66.6
<u>Ansiedad leve</u>	Subtotal	26	21.7	4	3.3
Escucha atentamente habla con un timbre de voz clara y pausada.		6	5.0		
Mantiene postura corporal alineada en y con músculos relajados		6	5.0		
Expresa conocimientos de enfermedad y las posibles causas		6	5.0		
Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos indicando nuevas		6	5.0		
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación		2	1.7	4	3.3
<u>Ansiedad moderada</u>	Subtotal	10	8.3	20	16.7
Fascies de angustia, rostro compungido manifiesta temor		1	0.8	5	4.2
Expreso sus sentimientos hacia enfermedad y significado de		5	4.2	1	0.8
Hablo sobre sus problemas preocupaciones y culpabilidad		2	1.7	4	3.3
Expresó dudas e inquietudes acerca de enfermedad y cómo		2	1.7	4	3.3
Expresa no tener claridad de la enfermedad y respuesta de ansiedad				6	5.0
<u>Ansiedad severa</u>	Subtotal	3	2.5	27	22.5
Desorientado en relación a información recibida de su enfermedad				6	5.0
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema		1	0.8	5	4.2
Apatía y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto				6	5.0
Realiza preguntas excesivas al profesional		2	1.7	4	3.3
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos				6	5.0
<u>Pánico</u>	Subtotal	1	0.8	29	24.2
No se concentra en la comunicación con enfermera				6	5.0
Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación				6	5.0
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado				6	5.0
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y la repetición del evento		1	0.8	5	4.2
Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo mismo				6	5.0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

La Fase 3 del Programa de Relacion de Ayuda de Enfermeria para el Manejo de la Ansiedad en pacientes con IAM corresponde a valorar los aspectos de aprendizajes de la relacion enfermera paciente Durante la implementacion de la Fase 3 las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental fue de 33 4 % de las cuales el 21 7 % corresponden a respuestas de ansiedad leve 8 4 % a respuestas de ansiedad moderada, 2 5 % a respuestas de ansiedad severa y 0 8 % a respuestas de panico

Segun los datos presentados podemos señalar que los pacientes del grupo experimental en su mayoria estan en un nivel de ansiedad leve pero aun se registra un minimo de pacientes que no reconocen sistemas de apoyos en relación a su enfermedad De igual forma, las respuestas registradas en el nivel de ansiedad moderada son facies de angustia, habla sobre sus problemas preocupaciones/culpabilidad expresa dudas e inquietudes acerca de enfermedad principalmente Las respuestas en el nivel de **ansiedad severa** corresponden está irritado consigo mismo contra los otros etc y realiza preguntas excesivas

En la Fase 4 del Programa de Relacion de Ayuda **la respuesta de pánico** que se registró fue de 0 8% manifiesta preocupacion al relacionar el dolor y la repetición del evento indicando la vulnerabilidad del paciente a no resolver sus preocupaciones clarificar sus expectativas adecuar mecanismos de afrontamiento frente a sus percepciones y necesidad de comprender la experiencia de su enfermedad

A esta etapa del Programa de Relación de Ayuda, los pacientes estan más atentos participativos y funcionales en el proceso terapeutico interactivo Segun la Teoria de Hildergard Peplau, en esta fase las personas hacen comparaciones con otros acerca de la

enfermedad permitiendo la integración de elementos de ayuda en una nueva síntesis
Desarrolla habilidad para mantenerse alerta y en nivel de mayor atención posible que
permite reforzar los conceptos adquiridos sobre la evolución de su enfermedad

Cuadro 12 Categorización de las respuestas de ansiedad presentadas en los pacientes con IAM del grupo **experimental** en la **Fase 4 (aplicación del postest)** de implementación del Programa de Relación de Ayuda aplicado HST Abril junio 2009

NIVELES DE ANSIEDAD	Respuestas observadas			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Total	41	34,2	79	65,8
<u>Ansiedad leve</u> Subtotal	27	22,5	3	2,5
Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada	6	5,0		
Mantiene postura corporal alineada en cama y con músculos relajados	6	5,0		
Expresa conocimientos de enfermedad y posibles causas	5	4,2	1	0,8
Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos indicando nuevas formas	6	5,0		
Expresa los apoyos familiares/laborales/amigos en relación a su enfermedad	4	3,3	2	1,7
<u>Ansiedad moderada</u> Subtotal	10	8,4	20	16,6
Fascies de angustia, rostro compungido temor y miedo por su salud	2	1,7	4	3,3
Expreso sus sentimientos hacia enfermedad y situación actual	5	4,2	1	0,8
Hablo sobre sus problemas preocupaciones y de culpabilidad	1	0,8	5	4,2
Expreso dudas e inquietudes acerca de enfermedad y como puede afectar	2	1,7	4	3,3
Expresa no tener claridad de la enfermedad y ansiedad			6	5,0
<u>Ansiedad severa</u> Subtotal	3	2,5	27	22,5
Desorientado en relación a información recibida de su enfermedad			6	5,0
Irritado consigo mismo contra los otros contra el problema	1	0,8	5	4,2
Apatía y rechazo de la ayuda del profesional intranquilo inquieto			6	5,0
Realiza preguntas excesivas al profesional	2	1,7	4	3,3
Se comunica con timbre de voz entrecortada, suspiros y llantos			6	5,0
<u>Pánico</u> Subtotal	1	0,8	29	24,2
No se concentra en la comunicación con enfermera			6	5,0
Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación	1	0,8	5	4,2
Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fatigado			6	5,0
Manifiesta preocupación al relacionar dolor y la repetición del evento			6	5,0
Se expresa a través de palabras agresivas insultos, reacciona agresivo consigo mismo			6	5,0

Fuente Aplicación del instrumento Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería abril junio 2009 en la Sala de Cardiología del HST

La Fase 4 del Programa de Relacion de Ayuda de Enfermeria corresponde a valorar los aspectos de aprendizajes de la relacion enfermera paciente cuyo proposito es elaborar con el paciente los objetivos y habilidades que le permitan tolerar eficazmente la ansiedad asociada a su enfermedad. Durante la implementación de la Fase 4 las respuestas de ansiedad observadas en los pacientes con IAM del grupo experimental corresponden al 34.2 % de las cuales el 22.5% corresponden a respuestas de ansiedad leve, 8.4 % a respuestas de ansiedad moderada, 2.5 % a respuestas de ansiedad severa y 0.8 % a respuestas de panico. Tal como se observa en el Cuadro 6 los niveles de ansiedad presentados por los pacientes del grupo experimental luego de aplicarse el posttest (Escala de Zung) también se concentró la respuesta a nivel de ansiedad leve (11.4%) y con disminucion de respuestas de pánico a 0.4%

Segun la Teoria de Hildergard Peplau en esta fase las personas toman posesion de los recursos que se consideran utiles para promover la adaptación a la enfermedad. Las respuestas registradas en el nivel de **ansiedad leve** en su mayoria fue la escucha atenta, hablar con timbre de voz clara y pausada, mantener postura corporal alineada y con musculos relajados, expresar conocimientos sobre su enfermedad, hablar sobre sus potencialidades y/o éxitos indicando nuevas formas, identificar los grupos de apoyos con que cuenta en relación a su enfermedad.

El programa de relación de ayuda, **apoya el mejoramiento de los mecanismos adaptativos fisiológicos que protege de los efectos nocivos del distrés** que distorsiona la percepción de la realidad creando sus propios esquemas cognitivos sobre la enfermedad que son nocivos a la condicion del paciente.

El Programa de Relación de Ayuda de Enfermeria para el Manejo de la Ansiedad en

pacientes con IAM constituye un proceso terapéutico interactivo y sistematizado entre la Enfermera (o) y paciente que focaliza la atención integral del paciente la recuperación, la rehabilitación cardíaca desde la fase aguda de la enfermedad coronaria con bases científicas que evidencian calidad en la práctica de cuidados de Enfermería, de forma personalizada y colectiva.

CONCLUSIONES

A través del trabajo realizado hemos llegado a las siguientes conclusiones

Las características demográficas de la muestra de pacientes estudiada con diagnóstico de IAM en cuanto a su distribución total según sexo el 83% corresponden al género masculino y el 17% al género femenino

La distribución por sexo de la muestra estudiada con diagnóstico de IAM el 100% corresponden al género masculino para el grupo experimental y para el grupo control el 67%. En cuanto al género femenino el 33% de la muestra correspondió al grupo control

La edad de la muestra estudiada para ambos grupos de los pacientes que presentaron IAM se encontraba entre los 40 a 60 años correspondiente a un 83%

El 58% de la población estudiada con diagnóstico de IAM fue trasladada entre el cuarto y quinto día intrahospitalario en la Unidad Coronaria a la Sala de Cardiología del Hospital Santo Tomás donde se realizó la investigación

La categorización del diagnóstico de IAM presentado por los pacientes del grupo experimental hospitalizados en la Sala de Cardiología del HST fueron dolor (100%) elevación del segmento ST arriba de 0.1 mV en el electrocardiograma (83%) náuseas (86%) diaforesis profusa (50%) principalmente

Los hallazgos de laboratorios más significativos fueron elevación de las enzimas cardíacas (CK MB) 100% leucocitosis 83% hiperglicemia 67% y troponina T positiva 50%

El tratamiento farmacológico que premia en estos pacientes es el uso de agentes antiplaquetarios y IECA (100%) estatinas (83%) bloqueantes adrenérgicos

(67%) nitratos (50%) morfina, heparina de bajo peso molecular (HBPM) y ansiolíticos (33%) y laxantes (17%)

El tratamiento general correspondió a reposo en cama 100% monitoreo cardiaco 50% y oxígeno terapia 33%

Los estadígrafos presentados muestran que las medidas de tendencia central para el Índice EAD de ambos grupos control y experimental durante la aplicación del pretest y posttest están debajo de 50 esto quiere decir que el nivel de ansiedad depresión según Escala de Zung está dentro de lo normal sin psicopatología para ambas muestras

Los resultados de las medias de las dos poblaciones son iguales sugiriendo distribuciones heterogéneas en los dos grupos por lo que la ansiedad es frecuente en pacientes con IAM y en la medida que los síntomas se estabilizan o ceden algunos pacientes reaccionan a la enfermedad según las experiencias que hayan tenido en su vida y el punto el cual se vea afectado su funcionamiento normal

En el pretest de ambos grupos los resultados *t* Student fue de -0.03 con 10 grados de libertad para un nivel de confianza de 0.05 el valor crítico *t* es ± 1.81 Para el posttest la *t* Student fue de 0.19 con 10 grados de libertad para un nivel de confianza de 0.05 el valor crítico *t* es ± 1.81 Como el resultado de prueba *t* (0.19) cae en la región de aceptación, se acepta la hipótesis nula al nivel de confianza prefijada (95%) la cual es no existe diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo experimental con las puntuaciones obtenidas en la post prueba del grupo no experimental

La desviación estándar ($S=8.8$) y la varianza ($S^2=77.5$) del grupo experimental en el posttest bajaron considerablemente en tal sentido se considera la diferencia del Índice EAD una disminución en los niveles de ansiedad en los pacientes del grupo experimental luego de implementar el programa de relación de ayuda en enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM

El Programa de Relación de Ayuda en Enfermería para el Manejo de los Niveles de Ansiedad en el paciente con infarto agudo de miocardio permitió corroborar con lo establecido en la revisión bibliográfica de que estos pacientes una vez establecido el evento coronario presentan niveles de ansiedad leve que varían en la medida que ellos vayan confrontando la evolución de su enfermedad

La implementación del programa de relación de ayuda en enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM los ayuda a afrontar habilidades adecuadas que le permitan alcanzar un estilo de vida más satisfactorio y saludable

La literatura revisada y los hallazgos del estudio sustentan que el programa de relación de ayuda en enfermería basado en el Modelo de H. Peplau, pueden representar herramientas de trabajo a las enfermeras para el cuidado de los pacientes con este tipo de diagnóstico de tal manera que pueda mejorar la participación de los pacientes en la terapéutica en miras a la instauración del proceso de rehabilitación cardíaca.

El estudio de carácter descriptivo cuasi experimental y de interés para la autora, permite realizar un análisis a fin de mejorar el cuidado que se brinda a los

pacientes con este tipo de enfermedad con la aplicación de un programa sencillo y abarcable

En la transcendencia del cuidado la proyección del modelo teórico en enfermería puede ayudar a identificar necesidades prioritarias biopsicosociales en el paciente con IAM relacionadas con la respuesta de ansiedad

La aplicación del modelo puede garantizar evidencias científicas que mejoren la respuesta de ajuste a la enfermedad y que impulsan nuevas actitudes mejores comportamientos en un mundo complejo de conductas de estrés tensión, conflicto violencia en el medio social en que nos desarrollamos

En la transcendencia del cuidado permite la proyección de un modelo teórico en enfermería, que nos ayude a identificar necesidades y conductas biopsicosocial en el paciente que permitan desarrollar nuevas actitudes aprendidas que intenten ayudar y mejorar comportamientos saludables

RECOMENDACIONES

De forma similar queremos poner a disposicion las siguientes recomendaciones

Realizar el estudio con una muestra mayor y en otro hospital para aproximar los resultados al tamaño de la población de estudio poder compararlo y obtener mejores resultados

El Programa de Relación de Ayuda en Enfermería para el Manejo de los Niveles de Ansiedad en pacientes con diagnostico de infarto agudo de miocardio permitió identificar y corroborar los niveles de ansiedad en este tipo de paciente razon por la cual se recomienda para ser utilizado en estudios ulteriores

A pesar de que el instrumento elaborado Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM segun niveles de ansiedad durante las fases de aplicacion del programa de relacion de ayuda de enfermeria fue diseñado para este estudio razon por lo cual se recomienda realizar un estudio para su validacion

Tomando en consideración las características de la población estudiada recomendamos la realización de estudios de prevalencia de la enfermedad segun sexo

Fortalecer estrategias de prevención que disminuya problemática de pacientes con IAM de la mano con factores psicosociales que prevalecen en el medio socio-cultural político de nuestro pais

Realizar estudio de exploración con practica de cuidados en relación a la experticia de la enfermera de cardiologia para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM

Considerar estudios de abordaje intrapersonal tomando en cuenta las constantes epidemiológicas de los pacientes con IAM para el desarrollo de estudios en la

experticia de la enfermera especialista en cuidado critico con un enfoque humanistico

Desarrollar estudios que puedan medir el impacto de la calidad aplicando estrategias de relación de ayuda psicosocial a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio

El programa puede ser utilizado como apoyo a las enfermeras para ejecutar un cuidado de enfermería científico humanístico y tecnológico que ayuden a establecer la relación de ayuda en el manejo de la ansiedad a pacientes con IAM

BIBLIOGRAFIA

- Ambrose Margarite (2005) *ECG Interpretacion clinica* (4 ed) México D F El Manual Moderno
- Aguirre Gas, H (1999) *Actualidades medico-quirurgicas Hospital de Especialidades Bernardo Sepulveda del Centro Medico Nacional IMSS Siglo XXI* México D F Editorial Prado
- Alfaro-Lefevre R. (2002) *Aplicación del proceso enfermero Guia paso a paso* (4 ed) Barcelona, España MASSON
- Braun Wald, E (2001) *Conceptos basicos en la practica clinica* (15 ed) Madrid España McGraw Hill
- Burns N (2004) *Investigacion en enfermeria*. España ELSEVIER
- D Alvia, R. (2001) *El dolor un enfoque interdisciplinario* Buenos Aires Argentina Paidós
- Dugas, B (2001) *Tratado de enfermeria* (4 ed) México D F McGraw Hill
- Fauci A & et al (2001) *Harrison Principios de Medicina Interna*. (Vol 1) (14 ed) México D F Mcgraw Hill
- Garcia Garcia, B (2003) *Auto Test Interpretacion practica*. Madrid España Libro Hobby Club
- González Ortega, Y (2007) *Cuidado de relacion interpersonal que proporcionan las enfermeras segun su experiencia practica en dos hospitales de tercer nivel de atencion de la Ciudad de Panamá*. Tesis de programa de doctorado en enfermeria no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
- Guyton, A (1992) *Tratado de fisiologia medica* (8 ed) México D F Interamericana McGraw Hill
- Instituto Nacional de Cardiologia Ignacio Chávez (2007) *Manual de urgencias cardiovasculares* (3 ed.) México D F McGraw Hill Interamericana.
- L Cibanal J (2003) *Tecnicas de comunicacion y relacion de ayuda en ciencias de la salud* Madrid, España ELSEVIER.
- Luban Plozza, B (1997) *El enfermo psicossomático en la practica* (6ª ed) Barcelona, España Empresa Editorial Herder
- Marriner Tomey A (1999) *Modelos y teorias en enfermeria* (4 ed) Madrid, España Harcourt Brace

- Moro Serrano C (2007) *Estimulacion cardiaca, desfibrilacion y resincronizacion*. Madrid McGraw Hill Interamericana
- Nieto Munuera, J (2004) *Psicologia para ciencias de la salud estudio del Comportamiento humano ante la enfermedad* México D F McGraw Hill Interamericana
- Panamá. Contraloría General de la Republica. Dirección de Estadística y Censo (2006) *Estadística panameña. Situacion demografica Estadísticas Vitales Vol III Defunciones Años 2006* Panamá DEC
- Panama Contraloría General de la Republica. Instituto Nacional de Estadística y Censo (2009) *Panama en Cifras años 2004 08* Panamá INEC
- Pizza P T (2001) *El dolor la muerte y el morir* Santiago Chile Editorial Mediterraneo
- Polite D (1997) *Investigacion cientifica en ciencias de la salud (5 ed.)* Mexico D F McGraw Hill Interamericana.
- Rubin W Barbara (2001) *Intervencion en crisis y respuesta al trauma. Teoria y Practica* España Editorial Desclee De Brouwer
- Sampieri Hernández, R. (1995) *Metodologia de la investigacion* México D F McGraw Hill Interamericana.
- Shives L (2007) *Enfermería psiquiátrica y de salud mental conceptos basicos (6 ed)* España McGraw Hill Interamericana.
- Shoemaker W (1998) *Tratado de medicina critica y terapia intensiva (3 ed)* Buenos Aires Argentina Editorial Médica Panamericana.
- Slaikeu Karl A (1999) *Intervención en crisis Manual para practica e investigación (2 ed)* México D F El Manual Moderno
- Sokolov M (1992) *Cardiologia clinica (4 ed)* México D F El Manual Moderno
- Svinn M R. (1993) *Entrenamiento en manejo de ansiedad.* España Editorial Desclee De Brower
- Tórtora, G (2002) *Principios de anatomia y fisiologia (9ª ed)* México Oxford University
- Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería (1998) *Grupo de Cuidado Dimensiones del cuidado (1 ed)* Colombia Unibiblos

Urden, L (2001) *Cuidados intensivos en enfermería* (Vol 1) Barcelona, España
Harcourt/Oceano

Velez A H (1997) *Fundamentos de medicina* (2ª ed) Medellín Colombia Corporación
para investigaciones biológicas

Vynn Adair O (2004) *Secretos de la cardiología* (2ª ed) México D F McGraw Hill
Interamericana.

Werner O toole A (1996) *Teoría interpersonal en la práctica de enfermería Trabajos
seleccionados de Hildegard E Peplau* Barcelona, España MASSON

RECURSOS ELECTRÓNICOS

- Ariza O., C. (2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardíaco. Revista Enfermería en Cardiología, Año 4, No.3, Edición abril 2004. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.medwave>.
- Ariza O., C. (2001). Atención de enfermería al paciente con infarto agudo miocardio en la fase aguda. Revista Enfermería en Cardiología N° 24/3°-cuatrimestre. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.wednet>.
- Benítez M., J. (2004). Depresión, infarto de miocardio y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. INTERPSIQUIS. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.psiquiatria.com>.
- Bueno, A. (2004). Tratamiento del estrés post-infarto de miocardio. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://copsa.cop.es/congresoiberoa>.
- Calvo, F. (2007) Intervención psicológica en un programa de rehabilitación cardíaca. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.psicodepnte.un/cuadernos>.
- Cazorla, M. (2004). La percepción del paciente con cardiopatía isquémica a los dos años del primer evento coronario. Enfermería en Cardiología N°31/1er.cuatrimestre. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.wednet>.
- Forchuk, Ch. (1989). Establishing a nurse-client relationship. Journal of Psychosocial Nursing, Vol.27, No2. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.wednet>.
- González M., A. (2003). La respuesta del organismo a situaciones de estrés. Salud y Cuidados, Recuperado el 5 de marzo de 2003, de <http://www.saludycuidados.net>
- Rey Blas, J.R (2007) Cardiopatía isquémica: infarto de miocardio. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.secpyr.org/libro>.
- Solano, C. (2010). Estudio considera “indispensable” labor enfermeras en atención de infartos. Recuperado el 16 de mayo de 2010 de <http://www.anenf.com>.
- Steel,S. (2008). Innovations in theory development for the nursing discipline Volume II. Recuperado el 24 de septiembre de 2008, de <http://repository.unm.edu>.
- Urquijo, S. (2003). Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. Rev Fed Arg Cardiol; 32: 190-198. Recuperado el 24 de septiembre de 2007, de <http://www.fac.org.ar>.

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO 1
ESCALA AUTOAPLICADA DE DEPRESIÓN ANSIEDAD DE ZUNG

Responda según la frecuencia con que se ha sentido en las últimas dos semanas	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
1 Me siento desanimado melancólico y triste	1	2	3	4
2 Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1
3 Siento deseos de llorar	1	2	3	4
4 Me causa trabajo dormir durante la noche	1	2	3	4
5 Disfruto de comer	4	3	2	1
6 Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1
7 Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8 Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
9 Mi corazón late más rápido de lo normal	1	2	3	4
10 Me canso sin motivo	1	2	3	4
11 Mi mente está tan despejada como siempre.	4	3	2	1
12 Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	4	3	2	1
13 Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14 Tengo esperanzas en el futuro	4	3	2	1
15 Me irrito más de lo normal	1	2	3	4
16 Encuentro fácil el tomar decisiones	4	3	2	1
17 Siento que me necesitan y que soy útil	4	3	2	1
18 Llevo una vida satisfactoria.	4	3	2	1
19 Siente usted que los demás no le necesitan	1	2	3	4
20 Todavía disfruto de las cosas que solía hacer	4	3	2	1

Según el índice de EAD la/el paciente presenta una depresión _____

Puntuación bruta

Índice EAD

MODO DE INTERPRETACIÓN DE ESCALA DE ZUNG

Suma todos los valores de cada una de sus respuestas, el total corresponde a la puntuación bruta que deberá transformar al índice EAD el cual nos permite definir la presencia o gravedad de la ansiedad-depresión

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA DEL ÍNDECE DE – EAD									
Punt. Bruta	Índice EDA	Punt. Bruta	Índice EDA	Punt. Bruta	Índice EDA	Punt. Bruta	Índice EDA	Punt. Bruta	Índice EDA
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice EDA	Impresión Clínica Global Equivalentes
Debajo de 50	Dentro de lo normal sin psicopatología
50-58	Presencia de ansiedad-depresión (de mínima a leve)
60-68	Presencia de ansiedad-depresión (de moderada a notable)
70 ó más	Presencia de ansiedad-depresión (de severa a extrema)

ANEXO 2
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

**“Diseño de un programa de relación de ayuda de enfermería
para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo de miocardio”**

INSTRUMENTO 2
Registro de los datos generales y clínicos del paciente con IAM

Objetivo identificar las respuestas clínicas presentadas por el paciente con IAM durante la implementación programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de ansiedad

Instructivo llenar los espacios en blancos correspondientes con la información obtenida en el expediente del paciente y en la parte b de datos clínicos colocar gancho en la columna correspondiente

DATOS GENERALES

SALA _____ **CAMA** _____

DIAGNÓSTICO _____

FECHA DE INGRESO _____

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS A SU INGRESO:

DOLOR ☐ SÍ ☐ NO ☐
☐ SÍ ☐ NO ☐

ECG 12 derivaciones.

DURACIÓN ☐ Menos de 20 minutos
☐ 20 minutos
☐ Más de 20 minutos

ELEVACIÓN ST más de 0.1 V ☐ SÍ ☐ NO ☐

SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍ	NO
Disnea		
Tos		
Mareos		
Náuseas		
Vómitos		
Sudoración		
Diáforésis profusa		
Presión sanguínea baja		

HALLAZGOS DE LABORATORIO	SÍ	NO
LEUCOCITOSIS		
AUMENTO DE VES		
HIPERGLICEMIA		
CK MB ELEVADA		
TROPONINA T POSITIVA		

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	SÍ	NO
❖ Morfina		
❖ NTG		
❖ ASA <i>capa entérica</i>		
❖ HNF		
❖ HBPM		
Bloqueante adrenérgicos		
Nitratos		
Antagonistas calcio		
Solución polarizante		
IECA		
Laxantes		

TRATAMIENTO	SÍ	NO
OXIGENO		
REPOSO EN CAMA		
MONITOREO CARDIACO		
TERAPIA TROMBOLÍTICA		

ANEXO 3 INSTRUMENTO 3

Cotejo de las respuestas presentadas por el paciente con IAM según niveles de ansiedad durante las fases de aplicación del programa de relación de ayuda de enfermería

RESPUESTAS PRESENTADAS POR EL PACIENTE		SI	NO
1	Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada.		
2	Mantiene postura corporal alineada en la cama y con músculos relajados		
3	Expresa conocimientos de su enfermedad y las posibles causas		
4	Habla sobre sus potencialidades y /o éxitos obtenidos indicando nuevas formas y cambios para enfrentar la ansiedad		
5	Expresa los apoyos familiares / laborales /amigos en relación a su enfermedad y futuro		
6	Facies de angustia, rostro compungido manifiesta temor y miedo por su salud		
7	Expresa sus sentimientos hacia la enfermedad y significado de la situación actual de salud		
8	Habla sobre sus problemas, preocupaciones y sentimientos culpabilidad.		
9	Expresa dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y cómo puede afectar a su familia y futuro.		
10	Expresa no tener claridad de la enfermedad y de su respuesta de ansiedad		
11	Desorientado (a) en relación a la información recibida de su enfermedad		
12	Irritado/a consigo mismo contra los otros, contra el problema, contra la Sala, sus compañeros.		
13	Apatía y rechazo de la ayuda profesional, intranquilo inquieto		
14	Realiza preguntas excesivas al profesional		
15	Se comunica con timbre de voz y pronunciación entrecortada, suspiros y llantos		
16	No se concentra en la comunicación con la enfermera.		
17	Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación con la enfermera.		
18	Responde lentamente las preguntas, expresa sentirse fatigado		
19	Manifiesta preocupación al relacionar el dolor y la repetición del evento		
20	Se expresa a través de palabras agresivas, insultos, reacciona agresivo consigo mismo		

Categorización de la ansiedad según niveles

Instructivo

Cada nivel de ansiedad se categorizará de acuerdo a cinco indicadores según respuestas observadas en el paciente, cada nivel de ansiedad representa un 25% de las respuestas

<u>Ansiedad Leve</u> Aumenta el estado de alerta, mejora el aprendizaje, mejora el manejo de estrés la resolución de problemas se hace máxima.
<u>Ansiedad Moderada</u> Capacidad para concentrarse en las principales preocupaciones pero más dificultad para permanecer atento y aprender falta de atención se lectiva resolución de problemas posible con ayuda, son útiles las técnicas de relajación
<u>Ansiedad Severa</u> Incapacidad para concentrarse y resolver problemas activación del sistema nervioso simpático, demuestra actividades estructura radas e intensa actividad muscular
<u>Pánico</u> Incapacidad total para concentrarse, para afrontar la experiencia de enfermedad, debe disminuirse los estímulos ambientales, proporcionarse dirección y estructura.

ANEXO 4
INSTRUMENTO 4
PROGRAMA DE RELACIÓN DE AYUDA

FASE I Iniciar una relación interpersonal de confianza y aceptación entre la enfermera y el paciente

Objetivos	Actividades	Metodología	Evaluación
Establecer una relación de confianza con el paciente a fin de proporcionar un ambiente adecuado y encontrar respuestas y recursos para que tome sus propias decisiones	<p>1 Configurar el encuentro enfermera paciente 1.1 Acogida</p> <p>2 Orientación 2.1 Explicar al paciente el propósito de la visita Reconocer Informar Ofrecer</p> <p>3 Observar y escuchar al paciente</p> <p>4 Iniciar contrato terapéutico</p> <p>5 Evaluar los comentarios positivos y negativos del paciente</p> <p>6 Finalizar sesión</p>	<p>Utilizar la relación interpersonal cliente</p> <p>Saludo cordial (sonriendo hablando despacio mirando al paciente)</p> <p>Comunicación con el paciente</p> <p>Buenos días</p> <p>Puedo hablar con usted un momento</p> <p>Digo mi nombre</p> <p>Expreso el propósito de la visita</p> <p>Solicito permiso para iniciar la relación enfermera paciente</p> <p>Establecer el momento lugar y duración de cada reunión</p> <p>¿Qué le pasó? Es la primera vez que está hospitalizado</p> <p>¿Cómo se siente?</p>	<p>Realizar las anotaciones de acuerdo a las respuestas psicológicas y fisiológicas en la relación enfermera paciente</p> <p>Formato para el registro de las observaciones</p>

FASE II Identificar las respuestas de ansiedad y los mecanismos de manejo de ansiedad del paciente

Objetivos	Actividades	Metodología	Evaluación
<p>Establecer una relación de confianza con el paciente a fin de proporcionar un ambiente adecuado y encontrar respuestas y recursos para que tome sus propias decisiones</p>	<p>1 Introducir la relación de ayuda al paciente</p> <p>1 1 Saludo inicial</p> <p>1 2 Estimular la descripción de percepción de ansiedad (preguntas abiertas sobre la enfermedad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar comunicación entrevista y observación al paciente <ul style="list-style-type: none"> Saludo inicial Tomar signos vitales Escuchar la demanda manifiesta del paciente Explorar y comprender condición del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar las anotaciones de ansiedad y mecanismos de ansiedad Formato para el registro de las observaciones
	<p>2 Identificar los mecanismos de apoyo de manejo de ansiedad disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué opina de lo que ha dicho el médico sobre su enfermedad? <ul style="list-style-type: none"> Observar los mecanismos de manejo de ansiedad físicos y psicológicos 	
	<p>3 Promover un concepto positivo de sí mismo en el paciente frente a su enfermedad (terapia cognitiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se siente? 	
	<p>4 Finalizar sesión</p>		

FASE III Valorar los aspectos de aprendizajes de la relación enfermera paciente

Objetivos	Actividades	Metodología	Evaluación
Ayudar al paciente a redefinir el problema y presentar nuevas exigencias	1 Introducir la relación de ayuda al paciente 1 1 Saludo inicial 1 2 Estimular descripción de percepción de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> Realizar comunicación entrevista y observación al paciente Saludo inicial Explorar condición del paciente voy a pasar con usted ___ minutos para continuar la conversación del día ___ 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar las anotaciones de las nuevas respuestas del paciente ante la ansiedad Formato para el registro de las observaciones
	2 Aplicar técnica de confrontación 2 1 Observar en el paciente los mecanismos de ansiedad físicos y psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se siente en estos momentos en relación a su enfermedad? Usted tiene conciencia de su enfermedad 	
	3 Reforzar los conceptos adquiridos sobre evolución de su enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo piensa usted enfrentarse a la ansiedad que produce su enfermedad? 	
	4 Terapia cognitiva	Orientación sobre la enfermedad, implicaciones y terapéuticas	
	5 Reconocer los nuevos mecanismos de manejo de ansiedad	¿Cómo se siente en estos momentos)	
	6 Finalizar sesión		

FASE IV Valorar los aspectos de aprendizaje de la relación enfermera paciente

Objetivos	Actividades	Metodología	Evaluación
Elaborar con el paciente los objetivos y habilidades que le permitan tolerar eficazmente la ansiedad asociada a su enfermedad	1 Introducir la relación de ayuda al paciente 1 1 Saludo inicial	<ul style="list-style-type: none"> Realizar comunicación, entrevista y observación al paciente ¿Cómo está ____? 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar instrumento de medición de ansiedad
	2 Estimular la evaluación de las nuevas habilidades a adquirir para el manejo de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> Describame como se siente en esta etapa de la sesión 	
	3 Sugerir colaboración 3 1 Resumir los planes futuros	<ul style="list-style-type: none"> Durante la ultima sesión hemos hablado de sus planes futuros que serían 	
	4 Estimular la formulación de un plan de acción 4 1 Terapia cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> Si vuelve a presentar otro IAM ¿qué opciones tendría usted? Entregar material impreso ¿Qué piensa su familia de su hospitalización? Enfermedad Cómo se va a sentir Sistemas de apoyo Comunicación Autoestima 	
	5 Separación de la relación de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> Concluir el plan de acción Despedida 	

Anexo 5
INSTRUMENTO DE CONCORDANCIA DE EXPERTOS

RESPUESTAS PRESENTADAS POR EL PACIENTE		Concordancia de Expertos	
		Pertinente	No pertinente
Ansiiedad Leve			
1	Escucha atentamente y habla con un timbre de voz clara y pausada.		
2	Mantiene postura corporal alineada en la cama y con músculos relajados		
3	Expresa conocimientos de su enfermedad y las posibles causas		
4	Habla sobre sus potencialidades y/o éxitos obtenidos indicando nuevas formas y cambios para enfrentar la ansiiedad		
5	Expresa los apoyos familiares / laborales / amigos en relación a su enfermedad y futuro		
Ansiiedad moderada			
1	Facies de angustia, rostro compungido manifiesta temor y miedo por su salud		
2	Expresa sus sentimientos hacia la enfermedad y significado de la situación actual de salud		
3	Habla sobre sus problemas, preocupaciones y sentimientos culpabilidad		
4	Expresa dudas e inquietudes acerca de la enfermedad y cómo puede afectar a su familia y futuro		
5	Expresa no tener claridad de la enfermedad y de su respuesta de ansiiedad		
Ansiiedad severa			
1	Desorientado (a) en relación a la información recibida de su enfermedad		
2	Irritado/a consigo mismo contra los otros contra el problema, contra la Sala, sus compañeros		
3	Apatía y rechazo de la ayuda profesional intranquilo inquieto		
4	Realiza preguntas excesivas al profesional		
5	Se comunica con timbre de voz y pronunciación entrecortada, suspiros y llantos		
Pánico			
1	No se concentra en la comunicación con la enfermera.		
2	Establece largos silencios no clarificados durante la comunicación con la enfermera.		
3	Responde lentamente las preguntas expresa sentirse fangado		
4	Manifiesta preocupación al relacionar el dolor y la repetición del evento		
5	Se expresa a través de palabras agresivas insultos reacciona agresivo consigo mismo		

Anexo 6
Resultado de la validez de contenido realizado al instrumento de
observación "Indicadores de Experticidad"

Items	CONCORDANCIA DE EXPERTOS			IVC $CVR = \frac{n}{N}$	IVC $CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$
	Pertinente (3)	Casi pertinente (2)	No pertinente (1)		
Ansiedad leve					
1	III	II		0 6	3 6/5= 0 72
2	III	I	I	0 6	
3	III		I	0 8	
4	III	I		0 8	
5	III	I		0 8	
Ansiedad moderada					
1	III	I		0 8	4 4/5= 0 88
2	III	I		0 8	
3	III			1 0	
4	III		I	0 8	
5	III			1 0	
Ansiedad severa					
1	III			1 0	5/5=1 1 0
2	III			1 0	
3	III			1 0	
4	III			1 0	
5	III			1 0	
Pánico					
1	III			1 0	4 8/5= 0 96
2	III		I	0 8	
3	III			1 0	
4	III			1 0	
5	III		I	1 0	
Total					
IVC					17.3/20= 0.87

Índice de validez de contenido global obtenido en el instrumento de observación
Indicadores de Experticidad

Instrumento de Observación "Indicadores de Experticidad"	Resultado
IVC GLOBAL	0 87

ANEXO 7
NOTAS DE PERMISO

Panamá, 8 de abril de 2008

Licenciada

ROXANA BROWN

Jefa Encargada

Sala de Cardiología

Hospital Santo Tomás

Respetada Licenciada

Su servidora Lcda Estela M Tapia, enfermera del Hospital Santo Tomás es **estudiante** del Programa de Maestría **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO”** en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Actualmente la estudiante en calidad de investigadora principal está en la fase de desarrollo del protocolo de investigación conducente a la tesis de grado titulada ***“Diseño de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto de agudo del miocardio”***

Protocolo que ha sido revisado y responde a los objetivos y metodologías del diseño propuesto y que el Comité de Bio Ética de la Investigación del Hospital Santo Tomás lo ha aprobado permitiendo el desarrollo del diseño de investigación con los pacientes ingresados en la Sala de Cardiología. El proyecto está planeado para desarrollarse en un mes

Por lo que deseo hacer de su conocimiento este trabajo y tal como se expresa en la nota No 191/CIDI HST del 11 de marzo de 2009 debo enviar una copia de la publicación y presentar los resultados a la Dirección Médica y Coordinación Institucional de Docencia e Investigación”

Anexo copia de nota No 191/CIDI HST del 11 de marzo de 2009 y de la Facultad de Enfermería.

De usted atentamente

Licda Estela M Tapia T
Enfermera Especialista en Cuidado Crítico
Unidad Coronaria



COORDINACION INSTITUCIONAL DE DOCENCIA E INVESTIGACION

11 de marzo de 2009

NOTA No 191/CIDI HST

Licencia

ESTELA TAPIA

Investigadora Principal

Presente

Licenciada Tapia

El Comité de Bio Ética de la Investigación ha revisado su protocolo de Investigación
**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE RELACION DE AYUDA DE ENFERMERIA PARA EL
MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL
MIOCARDIO** el cual ha sido aprobado

Deberá presentar a la Coordinación de Docencia e Investigación lo siguiente:

- Fecha de inicio y de culminación del estudio y Cronograma de actividades del estudio
- Reportar el status de su investigación cada tres meses
Indicar de inmediato cualquier adenda a la investigación
Reportar de inmediato cualquier efecto adverso severo
Describir los riesgos potenciales de las terapias experimentales de la medicación a utilizar en su investigación e informar aquellos que se presentan a lo largo de la investigación
- Presentar una copia del Seguro por Riesgos a los pacientes del estudio
- Tan pronto finalice la investigación debe enviar una copia de la publicación y presentar los resultados a la Dirección Médica y a esta Coordinación

Esperando su pronta respuesta

Atentamente

DRA. MARISOL NG DE LEE

Coordinadora Institucional de
Docencia e Investigación

Nereus J

Indicador
de Riesgo

Coordinación Institucional de Docencia Telefax 507 5620 Tel 5075600 Ext 186 – 420-422

SERVIR CON EFICIENCIA CALIDAD Y HUMANISMO A TODOS LOS PANAMENOS



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Panamá, 29 de diciembre de 2008

Doctora

MARISOL NG de LEE

Coordinadora de Docencia e

Investigación

Hospital Santo Tomás

E S D

Respetada Doctora

Como requisito a la solicitud de Revisión del Protocolo del Trabajo de Investigación '**Diseño de un programa de relación de ayuda de enfermería para el Manejo de la Ansiedad en Pacientes con Infarto Agudo del Miocardio**', por el Comité Etico - Científico Institucional, notifico que el documento elaborado por la estudiante **STELA TAPIA** en calidad de investigadora, ha sido revisada y responde a los objetivos y metodología del diseño propuesto

Sin otro particular

Atentamente,


Mgter Vielka de Ramos
Asesora de Tesis


Mgter Elba E. de Isaza
Decana

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA

Estadística Universitaria Panamá Rep. de Panamá

Teléfono 523 6439 Fax 523 6408

E-mail lacontia@uncon.up.ac.pa

Panama, 13 de julio de 2007

Licenciada
Noris Jiménez
Jefa Encargada
Departamento de Registros Médicos
Hospital Santo Tomás

Respetada Licenciada

Su servidora Licda. Estela M. Tapia, enfermera del Servicio de Cardiología del Hospital Santo Tomás es estudiante del Programa de Maestría **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO”** que se desarrolla en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá. Actualmente el programa de la maestría está en su fase final que corresponde al desarrollo de los trabajos de tesis para optar por el título.

El proyecto de investigación conducente a la tesis de grado se titula **“Diseño de un Programa de Relación de Ayuda de Enfermería para el Manejo de la Ansiedad en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio”** y en la primera fase del desarrollo del trabajo de investigación correspondiente al marco conceptual estoy en la recopilación de datos estadísticos sobre el tema en diferentes instancias.

Por lo que solicito a su despacho sírvase apoyarme en obtener la información estadística correspondiente a las principales causas de mortalidad por sexo y grupo de edad según clasificación del diagnóstico y el total de egresos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio por sexo y grupo de edad en el Hospital Santo Tomás de 2002-2006.

Agradecida de antemano por su anuencia a la solicitud.

De usted atentamente

Licda. Estela M. Tapia T
Enfermera Especialista en Cuidado Crítico
Unidad Coronaria

ANEXO 8
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
DEL ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Título del estudio Diseño de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con infarto agudo de miocardio

Investigador Estela M Tapia T enfermera registrada.

La enfermera Estela Tapia estudiante del programa de la Maestría Atención de Enfermería del Adulto en Estado Crítico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, está realizando un estudio académico cuyo propósito es valorar los resultados de la aplicación de un programa de relación de ayuda de enfermería para el manejo de los niveles de ansiedad en el paciente con infarto agudo de miocardio. Es un estudio importante porque beneficiará al profesional de enfermería que ofrece atención a las personas con infarto agudo de miocardio y a la vez permitirá evidenciar estrategias que son efectivas para el tratamiento y mejoramiento del paciente convirtiéndose elemento más importante y mayor beneficio en el estudio a realizar.

A través del mismo se espera ofrecer información que puede orientar a los enfermeros (as) a reconocer las respuestas adaptativas que puede desarrollar un paciente con infarto agudo de miocardio al implementar un programa de relación de ayuda como herramienta inicial en la rehabilitación cardíaca y establecer un modelo integral sistematizado a través de un proceso investigativo que evidencien calidad en la práctica de cuidados de enfermería, de forma personalizada y colectiva y que pueda apoyar a la rehabilitación cardíaca desde la fase aguda de la enfermedad coronaria.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por el Comité de Revisión Ético-Científico del Hospital Santo Tomás. Para tal fin solicitamos su participación en un programa de relación de ayuda para el manejo de la ansiedad en pacientes con IAM. La participación en el estudio va ocuparle, aproximadamente 30 minutos por un período de cuatro días en cuatro fases que consiste: orientación, identificar las angustias que produce la enfermedad, reconocer la forma como está manejando su enfermedad y encontrar cambios efectivos que respondan a las situaciones de ansiedad que le produce la enfermedad.

Además solicitamos contestar el instrumento denominado "Escala autoaplicada de depresión-ansiedad de Zung" al inicio y finalizado el programa de relación de ayuda, que permitirá identificar las respuestas de ansiedad que usted puede experimentar en estos momentos con su enfermedad. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a la enfermera Tapia.

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera. La relación con el personal de salud de la Sala no se verá en absoluto afectada. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños en los usted ni en su familia.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio; ni una vez haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por la enfermera Tapia, se mantendrá en un lugar seguro con un objetivo académico y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio

<hr/>		<u>(si es necesario)</u> <hr/>	
Firma del sujeto	fecha	Representante legal	fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado

<hr/>	
Firma del investigador	fecha

ANEXO 9
CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL
PROGRAMA DE RELACIÓN DE AYUDA A PACIENTES CON IAM

Fases	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Día de tratamiento				
Día uno	Paciente 1 Aplicar Pre test			
Día dos	Paciente 2 Aplicar Pre test	Paciente 1		
Día tres		Paciente 2	Paciente 1	
Día cuatro			Paciente 2	Paciente 1 Aplicar Post test
Día cinco	Paciente 3 Aplicar Pre-test			Paciente 2 Aplicar Post test
Día seis		Paciente 3		
Día siete	Paciente 4 Aplicar Pre-test		Paciente 3	
Día ocho		Paciente 4		Paciente 3 Aplicar Post test
Día nueve			Paciente 4	
Día diez	Paciente 5 Aplicar Pre-test			Paciente 4 Aplicar Post test
Día once		Paciente 5		
Día doce			Paciente 5	
Día trece				Paciente 5 Aplicar Post test

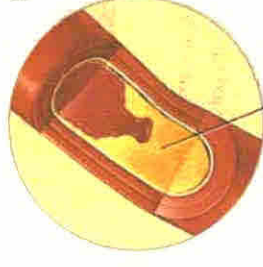
ANEXO 10
PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA
DISTRIBUCIÓN DE GASTOS SEGUN ETAPAS DEL PROYECTO

DESCRIPCION	VALOR TOTAL
<u>Material y Equipo de Oficina</u>	
Computadora	700 00
Cartuchos de Tinta	200 00
USB	30 00
CD	10 00
Impresora	100 00
Libretas	20 00
Hojas blancas	65 00
Plumas	5 00
Lápices	5 00
Cartapacios	10 00
<u>Material bibliográfico</u>	
Libros	300 00
Revistas Científicas (Internet)	50 00
Transporte y otros gastos imprevistos	50 00
<u>Servicios Técnicos /Profesionales</u>	
Secretaria	200 00
Estadístico	100 00
Profesor de español	75 00
Técnico de Informática	100 00
Elaboración del Informe y Publicación	250 00
Total de gastos	B/ 1,500 00

ANEXO 11
GUÍA PARA PACIENTES CARDÍACOS DESPUÉS DE UN INFARTO

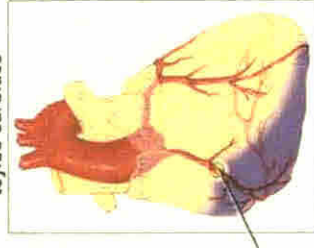
infarto

Infarto Agudo de Miocardio (IAM)



La acumulación de placa en la arteria coronaria bloquea el flujo de sangre y oxígeno hacia el corazón

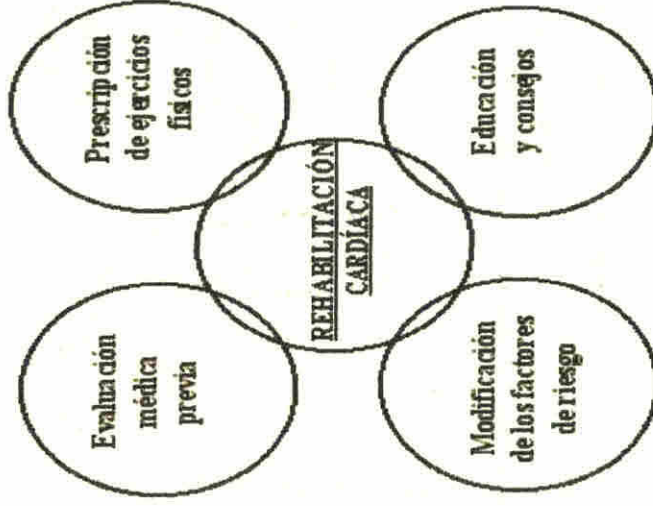
El color violeta representa daño y necrosis del tejido cardíaco



ADAM

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la situación en la que existe necrosis de las células del músculo cardíaco como consecuencia de una isquemia prolongada.

- Después del IAM podrá realizar caminatas, jugar golf, ir de pesca, nadar, disfrutar de actividades al aire libre sin ningún problema siempre y cuando su médico lo indique.
- Mantener una dieta baja en calorías, grasa y sal ayuda a mantener el peso ideal.
- No se debe ingerir alcohol, recordar que las bebidas alcohólicas contienen altos niveles de calorías, lo que es perjudicial para su corazón.
- Suprima el cigarrillo. Las posibilidades de volver a sufrir un IAM se duplican, fumar incrementa el esfuerzo del corazón, acelera el ritmo cardíaco, incrementa el nivel de monóxido de carbono privando su corazón del oxígeno que necesita.
- Controle la presión arterial. Es un factor constante de riesgos para infartos y derrames. Controle con la combinación de ejercicios, dieta y medicamentos.
- Reanude sus relaciones sexuales. Para ello mantenga la temperatura de la habitación ni demasiado alta ni demasiado baja.
- Evite las relaciones después de las comidas copiosas o consumo abundante de alcohol.
- Instálese cómodamente.
- Evite que la actividad sexual reduzca sus horas de sueño; acuéstese más pronto o elija la mañana, el día o el fin de semana.
- El ejercicio regulado optimiza el buen curso de sus relaciones sexuales.



Como vivir posterior al IAM

- Durante la hospitalización se sentirá débil de estar por mucho tiempo en cama, ya que los músculos inactivos pierden energía rápidamente.
- El cuerpo pierde alrededor del 15% de las fuerzas en una semana, pero es recuperable con los ejercicios, tomándole al cuerpo un periodo de 4 a 6 semanas.
- Entre un 80-90% de paciente con IAM pueden retornar a sus actividades normales en dos o tres meses. Generalmente el retorno depende de: la magnitud del daño de su corazón y el esfuerzo que exige su trabajo.

ANEXO12 CRONOGRAMA DE TRABAJO

[illegible]

PEPLAU'S ANXIETY SCALE

PHYSIOLOGICAL CHANGES	ABILITY TO OBSERVE	ABILITY TO FOCUS ATTENTION ON THE CONTENTS OF AWARENESS	ABILITY TO LEARN AND ADAPT
MILD +1	MILD +1 Person is alerted and grasps more than previously	MILD +1 Awareness and alert attention is possible skill in seeing relations (connections) can be used	MILD +1 If a person has well developed skills he is able to use all of the steps in the process of learning (observe describe analyze formulate meanings validate)
MODERATE +2	MODERATE +2 Perceptual field decreases and hears less but can increase attention if directed to do so (selective inattention)	MODERATE +2 Selective inattention i.e. fails to notice what goes on in situation peripheral to the immediate focus but can notice if attention is pointed there by another observer	MODERATE +2 Same as +1
SEVERE +3	SEVERE +3 Greatly reduced detail or many scattered details (Prototoxic mode)	SEVERE +3 Dissociating tendencies operate to prevent panic i.e. the person does not notice what goes on in a situation (specifically communication with reference to self) even when pointed there by another observer	SEVERE +3 With or without he skill the person will be oriented toward getting immediate relief adaptive patterns (i.e. automatic behavior which does not require thought) are used to relieve reduce or prevent greater anxiety
PANIC +4 These effects are dependent upon the degree of anxiety in general mild and moderate anxiety heighten use of capacities while severe and panic degrees paralyze or overwork capacities and structures Changes which occur are increased heart rate increased rate and depth of respiration There are rapid extreme shifts in body temperature blood pressure and urinary urgency There is dryness of mouth loss of appetite cold sweat dilation of pupils release of sugar by the liver	PANIC +4 Panic awe dread terror uncaniness The detail previously focused upon is blown up i.e. becomes an exclusive focus plus elaboration or the speed of the scatter is greatly reduced	PANIC +4 Same as +3	PANIC +4 Same as +3